ابنارمل نفسیات

ابنارمل نفسیات

مصنف

الیفریم روزان

مترجم

ذکیہ مشہدی

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان

وزارت ترقی انسانی وسائل

حکومت ہند

ویسٹ بلاک-I، آر-کے-پورم، نئی دہلی-110066

Abnarmal Nafsiyat -Part I

By : Afram Rozan

سنہ اشاعت :

پہلا اڈیشن : 1985

دوسرا اڈیشن : 1999 تعداد 1100

قیمت : -/72

سلسلۂ مطبوعات : 497

ناشر : ڈائریکٹر، **قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان،** ویسٹ بلاک۔I، آر۔ کے۔ پورم، نئی دہلی۔110066

طابع : لاہوتی پرنٹ ایڈز، پہاڑی املی، جامع مسجد، دہلی۔110006

پہلا حصہ

عمومی اصول

"ابتدا میں لفظ تھا۔ اور لفظ ہی خدا ہے"

پہلے جمادات تھے۔ ان میں نمو پیدا ہوئی تو نباتات آئے۔ نباتات میں جبلت پیدا ہوئی تو حیوانات پیدا ہوئے۔ ان میں شعور پیدا ہوا تو بنی نوع انسان کا وجود ہوا۔ اسی لیے فرمایا گیا ہے کہ کائنات میں جو سب سے اچھا ہے اس سے انسان کی تخلیق ہوئی۔

انسان اور حیوان میں صرف نطق اور شعور کا فرق ہے۔ یہ شعور ایک جگہ پر ٹھہر نہیں سکتا۔ اگر ٹھہر جائے تو پھر ذہنی ترقی، روحانی ترقی اور انسان کی ترقی رک جائے۔ تحریر کی ایجاد سے پہلے انسان کو ہر بات یاد رکھنا پڑتی تھی، علم سینہ بہ سینہ اگلی نسلوں کو پہنچتا تھا، بہت سا حصہ ضائع ہو جاتا تھا۔ تحریر سے لفظ اور علم کی عمر میں اضافہ ہوا۔ زیادہ لوگ اس میں شریک ہوئے اور انھوں نے نہ صرف علم حاصل کیا بلکہ اس کے ذخیرے میں اضافہ بھی کیا۔

لفظ حقیقت اور صداقت کے اظہار کے لیے تھا، اس لیے مقدس تھا۔ لکھے ہوئے لفظ کی، اور اس کی وجہ سے قلم اور کاغذ کی تقدیس ہوئی۔ بولا ہوا لفظ، آئندہ نسلوں کے لیے محفوظ ہوا تو علم و دانش کے خزانے محفوظ ہو گئے۔ جو کچھ نہ لکھا جا سکا، وہ بالآخر ضائع ہو گیا۔

پہلے کتابیں ہاتھ سے نقل کی جاتی تھیں اور علم سے صرف کچھ لوگوں کے ذہن ہی سیراب ہوتے تھے۔ علم حاصل کرنے کے لیے دور دور کا سفر کرنا پڑتا تھا، جہاں کتب خانے ہوں اور ان کا درس دینے والے عالم ہوں۔ چھاپہ خانے کی ایجاد کے بعد علم کے پھیلاؤ میں وسعت آئی کیونکہ وہ کتابیں جو نادر تھیں اور وہ کتابیں جو مفید تھیں آسانی سے فراہم ہوئیں۔

قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان کا بنیادی مقصد اچھی کتابیں، کم سے کم قیمت پر مہیا کرنا ہے تاکہ اردو کا دائرہ نہ صرف وسیع ہو بلکہ سارے ملک میں سمجھی جانے والی، بولی جانے والی اور پڑھی جانے والی اس زبان کی ضرورتیں پوری کی جائیں اور نصابی اور غیر نصابی کتابیں آسانی سے مناسب قیمت پر سب تک پہنچیں۔ زبان صرف ادب نہیں، سماجی اور طبعی علوم کی کتابوں کی اہمیت ادبی کتابوں سے کم نہیں، کیونکہ ادب زندگی کا آئینہ ہے، زندگی سماج سے جڑی ہوئی ہے اور سماجی ارتقاء اور ذہنِ انسانی کی نشوونما طبعی، انسانی علوم اور ٹکنالوجی کے بغیر ممکن نہیں۔

اب تک بیورو نے اور اب تشکیل کے بعد قومی اردو کونسل نے مختلف علوم اور فنون کی کتابیں شائع کی ہیں اور ایک مرتب پروگرام کے تحت بنیادی اہمیت کی کتابیں چھاپنے کا سلسلہ شروع کیا ہے۔ یہ کتاب اس سلسلے کی ایک کڑی ہے۔ امید ہے یہ اہم علمی ضرورت کو پورا کرے گی۔ میں ماہرین سے یہ گذارش بھی کروں گا کہ اگر کوئی بات ان کو نادرست نظر آئے تو ہمیں لکھیں تاکہ اگلے ایڈیشن میں نظرِ ثانی کے وقت خامی دور کر دی جائے۔

ڈاکٹر محمد حمید اللہ بھٹ
ڈائریکٹر
قومی کونسل برائے فروغ اردو زبان
وزارت ترقی انسانی وسائل، حکومت ہند، نئی دہلی

کچھ اپنی جانب سے

روزن اور گرگوری کی کتاب ابنارمل سائیکولوجی کا اردو ترجمہ پیش خدمت ہے۔ ترجمہ کرتے وقت پوری کوشش کی گئی ہے کہ زبان کو سلیس اور عام فہم رکھا جائے۔ یہ کتاب یونیورسٹی کی اعلیٰ نصابی کتاب کی حیثیت رکھتی ہے اور اس میں نفسیات کے بے انتہا پیچیدہ مسئلوں سے بحث کی گئی ہے۔ لہٰذا تکنیکی اصطلاحات کا سہارا لیے بغیر مفہوم واضح کرنا ممکن نہیں تھا۔ اردو زبان میں سائنسی و تکنیکی الفاظ بہت کم ہیں اور جو الفاظ وضع کیے گئے ہیں وہ اظہار بیان کے لیے کافی نہیں ہیں۔ مزید براں اردو قاری ان اصطلاحات سے نامانوس ہے لہٰذا اس کتاب کو پڑھتے وقت اگر کہیں ترسیل کی ناکامی یا بوجھل پن کا احساس ہو تو تعجب کی بات نہیں۔

یہاں ایک اور قابل ذکر بات یہ ہے کہ یہ کتاب ہندوستانی معیار تعلیم کے مطابق ایم۔اے کے طلباء یا ریسرچ اسکالرز کے لیے لکھی گئی ہے لہٰذا اس کے مضامین کو پوری طرح سمجھنے کے لیے محض اردو داں ہونا کافی نہیں ہے بلکہ نفسیات کا بنیادی علم ہونا بھی ضروری ہے۔ دوسرے یہ کہ اس کتاب کا پس منظر مغربی ممالک، بالخصوص ریاستہائے متحدہ امریکہ کا معاشرہ ہے اس لیے اس میں درج واقعات اعداد و شمار اور مسائل انہیں ملکوں سے تعلق رکھتے ہیں۔ عین ممکن ہے کہ ان میں بیشتر کا اطلاق ہندوستانی ماحول پر نہ ہو۔ لیکن اس نصابی کتاب میں نفسیات کے جن اہم پہلوؤں سے بحث کی گئی ہے اور مختلف ذہنی امراض کے تعلق سے جو تحقیقی نتائج پیش کیے گئے ہیں۔ وہ نظریاتی اعتبار سے بیحد اہم ہیں اور نظریات کی بنیاد پر ابنارمل سائیکولوجی کا ڈھانچہ کھڑا کیا جاسکتا ہے۔

نفسیات اور اس کی ذہنِ انسانی کے ابنارمل پہلوؤں سے بحث کرنے والی شاخ جدید سائنس ہونے کے علاوہ بے حد دلچسپ اور اہم ہے۔ اس لیے کہ اس کا تعلق براہ راست انسانی کردار سے ہے۔ آج کے میکانکی دور میں انسان جس کشمکش، تناؤ اور ذہنی تکدر کا شکار ہے۔ اس کے پیش نظر نفسیات کی اس صنف کی اہمیت دوبالا ہو چکی ہے۔ امید ہے کہ مذکورہ بالا دشواریوں کے

باوجود قارئین کے لیے اس کتاب کا مطالعہ دلچسپ اور سود مند ثابت ہوگا۔

ترجمے میں ترقی اردو بیورو کے زیر اہتمام وضع کی جانے والی اصطلاحات سے پورا استفادہ کیا گیا ہے۔ کہیں کہیں ضرورت کے مطابق کچھ مزید اصطلاحات وضع کی گئی ہیں گو کہ ان کی تعداد بہت کم ہے چند ایسے انگریزی الفاظ من وعن اپنا لیے گئے ہیں جو عام فہم اور مستعمل ہیں۔ ترجمے کے سلسلے میں مشہور ماہر نفسیات ڈاکٹر سید محمد حسن سے مجھے جو راہنمائی اور حوصلہ افزائی ملی ہے اس کا اعتراف کرنا بھی لازمی ہے۔ میں اس کے لیے ان کی بے حد ممنون ہوں۔

ذکیہ مشہدی

پہلا حصہ

عمومی اصول

پہلا باب

ابنارمل نفسیات کا مزاج اور دائرۂ بحث

انسان ہزاروں سال سے اپنی ذات اور اردگرد کے ماحول کا مشاہدہ کرتا آرہا ہے اور اس مشاہدے کی وضاحت و تشریح بھی کرتا ہے۔ اس سلسلے میں کابوس (Night mares) غیر معمولی اور ناقابل فہم طرز گفتگو، تشنجی دورے اور شدید قسم کے جذباتی جوابی اعمال خصوصیت سے اس کی توجہ کا مرکز رہے ہیں اور ان کی توضیح و تشریح کی ضرورت بھی محسوس کی جاتی رہی ہے۔ علاوہ ازیں عام سادہ کردار (Behaviour) بھی انسان کو اپنی جانب متوجہ کرتا رہا ہے۔ انیسویں صدی میں غیر کنٹرول شدہ مشاہدے اور غور و فکر کے ایک طویل عرصے کے بعد پہلی بار ذہنی عمل و کردار کو تجربہ گاہ کی دسترس میں لایا گیا اور اس طرح عمومی نفسیات (Psychology) کی داغ بیل پڑی۔ چند ہی سال کے اندر عمومی نفسیات کے مطالعہ کے طریقوں اور کردار کے انحرافات (Deviation) کے درمیان پائے جانے والے تعلق کو دریافت کرنے کی کوششیں کی جانے لگیں۔ اس طرح ابنارمل نفسیات کی جدید صورت ہمارے سامنے آئی۔

ابنارمل نفسیات کے متعلق کہا جاسکتا ہے کہ یہ کردار اور تجربات کے انحرافات پر عمومی نفسیات کے طریقوں، تصورات، اصولوں اور دریافتوں، بالخصوص ادراک، آموزش، نشو و نما کی نفسیات اور سماجی نفسیات کے اطلاق کا دوسرا نام ہے۔

ابنارمل نفسیات نارمل اور عمومی نفسیات کے پس منظر میں ابنارمل اور غیر معمولی کردار و کیفیات کو سمجھنے اور اس کی وضاحت کرنے کی ایک کوشش کا نام ہے۔ تاہم ابنارمل نفسیات کی یہ تعریف نامکمل ہے۔ اس لیے کہ اس سے یہ واضح نہیں ہو پاتا کہ ابنارمل یا منحرف کا مطلب

کیا ہے؛ کسی تجربے یا کردار کو ابنارمل قرار دینے کے لیے جن پیمانوں کا استعمال کیا جاتا ہے ان پر آگے روشنی ڈالی جائے گی۔

زیرِ نظر باب میں ابنارمل نفسیات کے مزاج کو سمجھنے کے سلسلے میں سب سے پہلے ابنارمل کردار کی کچھ مثالوں کو بیان کر کے ان کا تجزیہ کیا گیا ہے۔ اس کے بعد اس سوال کا جواب دینے کی کوشش کی گئی ہے کہ ان مثالوں کو ابنارمل قرار دینے کی وجہ کیا ہے۔ بعد ازیں ابنارمل کردار پر عمومی نفسیات کے تصوّرات کے اطلاق کی افادیت اور ساتھ ہی اس سلسلے میں پیدا ہونے والی مشکلات کو بھی زیرِ بحث لایا گیا ہے۔

چونکہ عمومی نفسیات کی طرح سماجیات اور علم الحیات (Biology) سے بھی ابنارمل مظاہر کو سمجھنے میں مدد ملتی ہے۔ اس لیے اگلے دو حصّوں میں علم الحیات اور سماجیات کے ان تصوّروں پر بھی روشنی ڈالی گئی ہے جن کا تعلق ابنارمل کردار سے ہے۔ یہ گویا جسم اور دماغ کے باہمی رشتے کا کلاسیکی مسئلہ ہے۔ اس باب کے آخر میں ابنارمل نفسیات کے خاص خاص موضوعات کی فہرست بھی دی گئی ہے۔

منحرف کردار و تجربات کی مثالیں:۔

ابنارمل نفسیات کے مواد اور تصوّرات کو سمجھنے کے لیے ہم تین مثالوں سے استفادہ کر سکتے ہیں۔

مثال نمبر ۱

ایک پینتیس سالہ شخص خاصے طویل عرصے سے ایک بڑی کارپوریشن میں سیلز مین کے عہدے پر کام کر رہا تھا۔ اس کی کارکردگی اس کی کمپنی، کنبے اور خود اس کی اپنی ذات کے لیے خاصی تشفی بخش تھی۔ اعلا کارکردگی کے باعث ہی ترقی پا کر اس نے سیلز میں منیجر کا عہدہ حاصل کر لیا اور اپنے فرائض انتہائی خود اعتمادی اور جوش و خروش کے ساتھ انجام دینے لگا۔ لیکن جلد ہی اس نے محسوس کیا کہ کہیں کچھ گڑبڑ ہے۔ پہلے حساب کتاب میں اس سے کوئی غلطی نہیں ہوا کرتی تھی لیکن اب اس سے غلطیاں سرزد ہونے لگیں۔ لوگوں سے مخاطبت میں اس کا انداز جارحانہ ہونے لگا۔ اسے کم خوابی کی شکایت ہو گئی اور چہرے سے مسکراہٹ بھی غائب ہو گئی وہ اکثر چڑچڑا، پریشان اور افسردہ رہنے لگا۔ اکثر اس نے اس احساس کا اظہار بھی کیا کہ اس

سے کام اچھی طرح ہو نہیں پا رہا ہے۔ نیز یہ کہ وہ اس عہدے کا اہل نہیں ہے۔ پھر اس نے اپنے آپ یہ فیصلہ کیا کہ اس کی اصل مشکل یہ تھی کہ اس کے دفتر کے کچھ ساتھی اس کے خلاف سازشیں کر رہے تھے اور اس کو پسند نہیں کرتے تھے۔ پہلے وہ کسی تقریب کے موقع پر ہی شراب سے شغل کیا کرتا تھا۔ لیکن اب اس کی شراب نوشی میں خاصہ اضافہ ہو گیا تھا۔ خصوصیت سے تنہائی کے لمحات میں یہ شغل مزید بڑھ جاتا تھا۔

تجزیہ

ابنارمل نفسیات کی ہم نے جو تعریف کی ہے اس کے ضمن میں کردار اور محسوسات دونوں ہی آتے ہیں۔ مذکورہ سیلز مینیجر، جو اپنی زندگی سے خوش نہیں ہے۔ اس کے اندر یہ دونوں اپنی ابنارمل صورت میں موجود ہیں۔ اس کی کئی مشکلات کا تعلق کردار سے ہے جس کا معروضی (Objective) مشاہدہ کیا جا سکتا ہے اور اس کے اعداد و شمار بھی متعین کیے جا سکتے ہیں۔ اس کی روز افزوں نااہلیت کم خوابی، چہرے کے تاثرات میں تبدیلی، لب و لہجہ میں اشتعال انگیزی اور شراب نوشی کی زیادتی یہ سب بظاہر ایسے ہیں جن کا ہم باقاعدہ مشاہدہ کر سکتے ہیں۔ دوسری طرف اس کی افسردگی، خود اعتمادی میں کمی، اور بدگمانی کہ دوسرے اس کے خلاف سازشیں کرتے رہتے ہیں، ان کا براہ راست مشاہدہ ممکن نہیں ہے۔ یہ داخلی نوعیت کے محسوسات ہیں جن کا علم کردار کے مشاہدے سے اخذ کیا جا سکتا ہے۔ ابنارمل نفسیات کا خاصہ بڑا حصہ ان داخلی محسوسات سے ہی تعلق رکھتا ہے۔ ایک پراگندہ ذہن شخص کا اپنی ذات کا تصور، احساس کمتری، پوشیدہ جارحانہ جذبات اور احساسات جرم و گناہ، اسی قدر اہم ہیں جتنی اس کی گفتگو اور دوسرے حرکی فعل (Motor Behaviour) لفظ کردار (Behaviour) کا اطلاق افعال اور محسوسات دونوں پر کرنے میں سہولت سمجھی جاتی ہے۔

مذکورہ سیلز مینیجر کی مشکلات سے یہ بھی واضح ہو جاتا ہے کہ سنگینی اور نوعیت غیر منطقی اعتبار سے منحرف کردار اور مظاہر کے مختلف درجے ہوتے ہیں۔ اس کا یہ بے بنیاد خیال کہ دوسرے اس کے خلاف سازشوں میں مصروف ہیں ایک فریب (Delusion) ہے۔ عام طور پر لوگ اس سے متفق ہوں گے کہ اس نوعیت کا فریب چڑچڑے پن یا کم خوابی سے زیادہ سنگین ہے۔ ان کی حیثیت ایک علامت کی ہے۔ یعنی کسی بیماری یا جذباتی انتشار کی علامتیں کبھی تنہا ظہور پذیر نہیں ہوتیں بلکہ ایک مجموعے کی صورت میں سامنے آتی ہیں۔ اس مجموعے کو مجموعۂ

علامات (Syndrome) کہا جاتا ہے۔ مثلاً ایک نفسیاتی عارضہ رجعتی مالیخولیا Involutional Melancholia) میں احساسِ جرم، بے چینی، تفکرات، خوف، واہمہ اور خودکشی کے رجحانات شامل ہوتے ہیں۔ ایک اور مجموعۂ علامات، یعنی جبری شخصیت (Compulsive Personality) میں عام شخصیتی اوصاف مثلاً باقاعدگی، اپنی کنجوسی، ضد وغیرہ صفائی پسندی انتہائی مبالغہ آمیز صورت میں سامنے آتے ہیں۔ مجموعۂ علامات بعض صورتوں میں زیادہ اور بعض میں کم شدت اختیار کرتا ہے۔

علامات کو کئی درجوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ مذکور سیلز منیجر کی حساب کی غلطیاں اور اپنے خلاف سازشوں کا وسوسہ ذہن و خیال کے انحرافات ہیں۔ اس کی افسردگی، تاثر، موڈیا احساسات کا انحراف ہے۔ اس کی تشویش، شراب نوشی کی زیادتی، جارحانہ رویہ اور خود اعتمادی کا فقدان محرکات (Motivation) کے انتشار کو ظاہر کرتا ہے۔ علامتوں کی دو اصناف زیادہ عام ہیں۔ (الف) ادراک اور احساس کی پراگندگی سے تعلق رکھنے والی علامتیں اور (ب) زبانی و حرکی افعال کی بے ترتیبی سے تعلق رکھنے والی علامتیں، آگے مختلف مجموعۂ علامات پر تفصیلی بحث کی جائے گی۔

مثال نمبر 2

دوسری جنگ عظیم کے دوران ایک اسٹاف سارجنٹ جب تک میدان جنگ سے دور رہا، اس وقت تک تو وہ اپنے فرائض بخوبی انجام دیتا رہا لیکن ملازمت کے تیسرے برس جب اس کو میدان جنگ میں بھیجا گیا تو کچھ ہی ماہ کے بعد اس کی ٹانگ میں درد کے آثار پیدا ہوئے۔ بظاہر یہ سائیٹیکا مرض کے آثار معلوم ہوتے تھے۔ (سائیٹیکا ران اور ٹانگ کے ان حصّوں کے درد کا طبی نام ہے جو سائٹک اعصاب کے تحت کام کرتے ہیں)۔ اس کے علاوہ وہ اس قسم کے ڈراؤنے خواب بھی دیکھنے لگا جن میں وہ جن بھوتوں سے پیچھا چھڑوانے کے لیے تیزی سے بھاگ رہا ہوتا تھا۔ علاوہ ازیں کچھ ایسی جسمانی علامتیں بھی پیدا ہوئیں جو تشویش (Anxiety) کا نتیجہ معلوم ہوتی تھیں۔ مثلاً ضرورت سے زیادہ پسینہ، کپکپی اور عضلاتی کمزوری، سائیٹیکا کی علامتیں تو جلد ہی دور ہو گئیں لیکن اس کے بعد اس کے دونوں پیر فالج کا شکار ہو گئے۔ طبی جانچ سے جب کوئی جسمانی سبب نظر نہیں آیا تو ڈاکٹر اس نتیجے پر پہنچے کہ

اس کے مرض کا سبب جذباتی ہے۔ سارجنٹ مذکور کو فوجی خدمات سے سبکدوش کر دیا گیا۔ سبکدوش ہونے کے بعد فالج مکمل طور پر ٹھیک ہو گیا لیکن جلد ہی کردار سے تعلق رکھنے والی شکائتیں پیدا ہو گئیں۔ اس نے اپنے بیوی بچوں کی بری طرح مار پیٹ شروع کر دی۔ نہ صرف یہ بلکہ ان لوگوں پر بھی ہاتھ اٹھانے لگا جن سے اس کی محض معمولی سی شناسائی تھی۔ آخر ایک دن جب اس کے دماغ میں یہ خیال پیدا ہوا کہ "چلتی ہوئی بس کی ناک پر گھونسہ رسید کروں" تو اسے یہ احساس ہوکہ اس کے دماغ میں کچھ فتور پیدا ہو چکا ہے۔ پھر وہ اپنی مرضی سے ہسپتال میں داخل ہو گیا۔

اس کیس کو سمجھنے کے لیے تشویش (Anxiety) کے پےچیدہ موضوع کو سمجھنا ضروری ہے۔ مریض میں پہلے تشویش سے تعلق رکھنے والے جوابی اعمال پیدا ہوئے مثلاً کپکپی اور پسینے کا غیر معمولی اخراج۔ تشویش ایک قسم کا محرکہ (Drive) بھی ہے اور جوابی عمل (Res-ponse) بھی۔ مریض مذکور کے کردار کی تحریک کبھی خاصی حد تک تشویش سے ہو رہی تھی۔ مثال کے طور پر اس کے پیروں کا مفلوج ہو جانا خود کو تشویشناک احساسات سے محفوظ رکھنے کی ایک قسم کی لاشعوری، نادانستہ اور دفاعی کوشش تھی۔ جب تک وہ مفلوج تھا اس کے میدان جنگ میں بھیجے جانے کا سوال ہی نہیں پیدا ہوتا تھا۔ شعوری طور پر وہ جنگ سے خائف نہیں تھا لیکن اس کے کردار کو سمجھنے کے لیے ہمیں یہ فرض کرنا ہوگا کہ لاشعوری طور پر جنگ کا خوف اس پر طاری تھا۔ اس کے بھیانک خواب اس خیال کی تائید کرتے ہیں اس لیے کہ وہ تشویش کے مظہر ہیں۔ اس مثال سے ثابت ہوتا ہے کہ غیر عمومی کردار یا اس کے متعلقہ مظاہر میں شعور و لاشعور دونوں کی کارفرمائی شامل ہوتی ہے۔

حالاں کہ فوج ۔ کے بعد اس شخص کو فالج سے نجات ہو گئی لیکن اس کے لاشعور میں بسنے والی تشویش کا اظہار اپنے کنبے، نسبتاً اجنبی اشخاص، یہاں تک کہ بے جان اشیا (مثلاً بس) کے ساتھ جارحانہ کردار کی صورت میں ہونے لگا۔ جنگ کا خوف تو ختم ہو چکا تھا لیکن اس کی تشویشناکی نے ایک سنگین اور مستقل شکل اختیار کر لی تھی۔

تشویش کی گوناگوں صورتیں ہوتی ہیں، نفسیاتی عارضوں کی اتنی بڑی تعداد میں اس کا ہاتھ ہوتا ہے اور یہ اتنی طویل مدت تک کے لیے ظہور پذیر ہوتی رہتی ہے کہ ہم اس کو بآسانی جدید ابنارمل نفسیات کا مرکزی تصور قرار دے سکتے ہیں۔

مثال نمبر 3

ایک پچپن سالہ عورت اچانک ہی ذہنی کمزوری کا شکار ہوگئی۔ اس سے پہلے اسے کسی قسم کی شکایت نہیں تھی لیکن اس عارضہ کے نمودار ہونے کے بعد وہ اس قابل بھی نہ رہی کہ معمولی سے ذہنی مسائل کو بھی حل کرسکے۔ خصوصیت سے جب کہ ان مسائل میں تجریدی خیالات یا تعمیم۔ (Generalization) کی ضرورت ہو۔ اس کو اپنے گرد و پیش کی بھی خبر نہ تھی۔ اس کو یہ یاد نہ رہا کہ وہ کہاں ہے، وہ ماہ رواں کا نام بھول گئی اور جن لوگوں کے ساتھ متعدد بار گفتگو کر چکی تھی ان کو بھی نہ پہچان سکی۔ اس کی یاد داشت، خصوصیت سے ان واقعات کے لیے جو بالکل حال ہی میں ظہور پذیر ہوئے تھے۔ دھندلی ہوگئی۔ اکثر وہ احمقانہ اور بے بنیاد باتیں کرنے لگی تھی اور بے معنی جملوں کو دہراتی رہتی تھی۔ اس کو لوگوں کے درمیان رہنا پسند تھا اور وہ گرد و پیش میں ہونے والے واقعات میں دل چسپی بھی لیتی تھی، ہم اس کے جذباتی افعال میں گہرائی، تنوع اور لطافت کی اس حد تک کمی ہوگئی کہ اس کی حرکتیں بالکل بچکانہ محسوس ہونے لگیں۔ کچھ عرصے کے بعد اس کی گفتگو بھی غیر مربوط ہوگئی اور عضلات میں تشنج اور جزوی فالج کے آثار پیدا ہوگئے

تجزیہ

مذکورہ بالا کردار ان مریضوں میں پیدا ہوتا ہے جو ایک شدید قسم کے دماغی مرض کا شکار ہوتے ہیں۔ یہ تیسری مثال مرض الفیمر (Alzeimers Disease) کی مثال ہے۔ اس میں دماغ کا مرکزی حصہ وسیع پیمانے پر متاثر ہوتا ہے اور مرض میں بتدریج ترقی ہوتی جاتی ہے۔ جس سے ذہنی کارکردگی پر بہت برا اثر پڑتا ہے۔

پہلی دو مثالوں کے لیے طبی اسباب موجود نہیں تھے۔ سوائے مرض سائیٹیکا کے جو دوسری مثال میں سارجنٹ کے پیروں کے مفلوج ہو جانے سے پہلے پیدا ہوا تھا۔ لیکن موجودہ مثال میں مرض کو طبی اسباب کے نتیجے کے طور پر ہی سمجھا جا سکتا ہے۔ ابنارمل نفسیاتی علامتیں جذباتی، غیر طبی یعنی تفاعلی (Functional) اسباب سے بھی پیدا ہو سکتی ہیں اور طبی یعنی عضویاتی (Organic) اسباب سے بھی۔ کبھی کبھی ان میں دونوں اسباب بروئے کار ہوتے ہیں۔

ابنارملیت (ABNORMALITY) ہے کیا؟

اوپر دی ہوئی مثالوں سے واضح ہوتا ہے کہ ابنارمل کیفیتوں کے دائرے میں مختلف النوع اور پیچیدہ مظاہر شامل ہیں۔ یہ داخلی بھی ہو سکتے ہیں اور معروضی بھی، نسبتاً سنگین بھی ہو سکتے ہیں اور معمولی بھی۔ علاوہ ازیں ذہنی کارکردگی، احساسات و کیفیات، ترغیب، ادراک اور حرکی فعل یا قوت گویائی کی بے ترتیبی کی صورت بھی اختیار کر سکتے ہیں ابنارمل کو سمجھنے کے لیے شعور و لاشعور دونوں کے تجزیے کی ضرورت پڑتی ہے۔ ان میں عضویاتی شکایتیں شامل ہو سکتی ہیں لیکن ان کا موجود ہونا ضروری نہیں ہے۔ ابنارمل مظاہر اس قدر پیچیدہ اور گوناگوں ہوتے ہیں کہ لفظ ابنارمل کی ایک ایسی واحد اور جامع وضاحت پیش کرنا جس میں اس کے تمام پہلوؤں کا احاطہ کیا جا سکے، آسان کام نہیں ہے۔

ماہرین نفسیات اور ماہرین امراض نفسی (Psychiatrists) نے کئی ایسے پیمانے تجویز کیے ہیں جن کے ذریعہ نارمل کو ابنارمل سے علاحدہ کیا جا سکے۔ ایسے تین پیمانے جن پر اکثریت کا اتفاق ہے حسب ذیل ہیں (1) شماریات (Statistics) پر مبنی پیمانہ (2) ذاتی بے چینی کا پیمانہ اور (3) سماجی عدم مطابقت (Non-Conformity) کا پیمانہ۔ یہ تینوں پیمانے بہت کارآمد ہیں لیکن ان تینوں میں سنگین قسم کے نقص بھی موجود ہیں۔

ابنارملیت کی شماریاتی تشریح

شماریاتی پیمانے کے پیچھے بنیادی خیال یہ ہے کہ انسانی اور غیر انسانی جانداروں میں بہت سے ایسے اوصاف پائے جاتے ہیں جن کی پیمائش ممکن ہے اور جن کو تکریری تقسیم (Frequency Distribution) کے لحاظ سے ترتیب دیا جا سکتا ہے۔ مثال کے طور پر جسمانی اوصاف، جیسے قد و قامت، وزن، ٹانگوں کی لمبائی، انگلیوں کی لمبائی، سر کا دائرہ اور سینے کی وسعت وغیرہ کو بالکل صحیح طور سے ناپا جا سکتا ہے۔ ان پیمائشوں کی تقسیم کا منحنی (Curve) روایتی گھنٹی کی شکل والے نارمل منحنی کی طرح ہی ہوتا ہے۔

اب سے کچھ دہائی قبل محققین نے نفسیاتی اوصاف کو شماریاتی صورت میں پرکھنا شروع

کیا اور اب بہت سے اوصاف کے لیے پیمائشی اسکیل تیار ہو گئے ہیں۔ ان پیمانوں کی تشکیل اس طرح کی جاتی ہے کہ تکریری تقسیم نارمل کے قریب ہی رہے۔ مثال کے طور پر ہم بچّوں اور بڑوں کی ذہانت نرسری اسکول کے بچّوں کی جارحانہ حرکتوں اور سفید چوہوں میں جذباتیت (جو بول و براز کے اخراج کی تکریر کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے) کی پیمائش کر سکتے ہیں۔

کسی وصف کی ابنارمل کیفیت کی شماریاتی تشریح کے لیے ضروری ہے کہ اس کی تکریری تقسیم کے دو ایسے مقامات کا تعین کیا جائے جن کے درمیان آنے والے اسکوروں کو نارمل کہا جاسکے۔ اور جو اسکور ان مقامات سے دور ہوں انھیں ابنارمل قرار دیا جا سکے۔ مثال کے طور پر ہم کسی تقسیم کے دسویں اور نوّے ویں درجۂ فی صد (Percentile) کو منتخب کر سکتے ہیں۔ چوہوں کے جذبات، جارحانہ حرکات، خودکشی کے رجحانات، بے خوابی، شراب نوشی یا کوئی بھی دوسرا وصف جس کی شدت یا تکریر (Frequency) دسویں درجۂ فی صد سے کم، اور نوّے ویں درجۂ فی صد سے زیادہ ہو، غیر عمومی یا ابنارمل کہا جائے گا۔ ہم یوں کہہ سکتے ہیں، ابنارمل کا مطلب ہے امتیازی یا اوسط سے تعدادی انحراف (Quantitative)۔

ابنارمل کردار کے شماریاتی پیمانے ان ماہرین کے لیے بے حد پرکشش ہیں جو ابنارمل نفسیات کو ایک پختہ سائنسی بنیاد پر قائم کرنا چاہتے ہیں لیکن ان پیمانوں پر سختی سے کاربند ہونا ممکن نہیں ہے۔ اس لیے کہ ان کی راہ میں بہت سی سنگین نوعیت کی مشکلات شامل ہیں۔

من مانی فیصلوں کا مسئلہ

وہ نقطے جو تقسیم تکریر (Frequency distribution) کو نارمل اور ابنارمل سے الگ کرتے ہیں، من مانی طور پر طے کیے جاتے ہیں۔ اگر ذہانت کے لیے نوّے کو انقطاعی نقطہ (Cutting point) مان لیا جائے تو اسّی قدرِ ذہانت (I.Q.80) ابنارمل قرار دی جائے گی لیکن اگر ستّر کو انقطاعی مقام دیا جائے تو یہ ابنارمل نہیں کہی جائے گی۔ علاوہ ازیں لوگ محض غبی و ذہین کے دو قطعی درجوں میں تقسیم نہیں ہوتے۔ وہ "کم و بیش" ذہین یا غبی ہوتے ہیں۔ بالکل یہی امر دوسرے تمام اوصاف کے لیے بھی صحیح ہے۔ اس لیے کردار یا داخلی محسوسات کو دو طبقوں، ابنارمل اور نارمل میں تقسیم کر دینے کا کوئی منطقی جواز موجود نہیں ہے۔ تحقیق سے پتہ چلتا ہے کہ نارمل اور ابنارمل کے درمیان ایک تدریجی تسلسل موجود ہوتا ہے۔ ان دونوں

کے بیچ کوئی واضح خط تقسیم موجود نہیں ہے۔ عموماً ایک ابنارمل وصف (مثلاً کرداری یا نفسیاتی) نارمل وصف کی مبالغہ آمیز صورت ہوتا ہے۔

"نارمل اور ابنارمل تسلسل" (continuum) کا تصوّر دو سود مند نتیجے پیدا کرتا ہے ایک تو یہ کہ اس کی بنا پر ہم نارمل افراد کا مطالعہ کرکے جو اصول مرتب کرتے ہیں ان سے ابنارمل کے متعلق کلیہ قائم کرنے میں مدد ملتی ہے۔ علاوہ ازیں یہ تصوّر ہمارے اندر ذہنی مریضوں کے لیے ہمدردی اور قبولیت کے جذبات پیدا کرتا ہے اس لیے کہ اس تسلسل سے ہمیں احساس ہوتا ہے کہ ہمارے اور ذہنی مریض کے درمیان بہت کچھ یکسانیت ہے اور اس کی شخصیت کسی طرح قابل نفرت اور غیر انسانی نہیں ہے۔

اسکوروں کو جوڑنے کا مسئلہ

کبھی کبھی کسی تنہا وصف کو ہی نہیں بلکہ پورے مجموعۂ علامات یا فرد کو کم و بیش منحرف (Deviant) تصوّر کرنا ہوتا ہے۔ شماریاتی طور پر ایسا کرنے کے لیے ضروری ہے کہ کئی پیمائشوں کو ایک تنہا مجموعی اسکور میں تبدیل کر دیا جائے۔ مثال کے طور پر فرض کیجیے کہ ایک شخص میں فریب ادراک (Hallucination)، تشویش کی جسمانی علامتیں اور یادداشت کے نقائص پائے جاتے ہیں۔ اب اگر ہم یہ بھی فرض کریں کہ ان میں سے ہر علامت کو اسکور کی شکل دی جا سکتی ہے تو ہماری سمجھ میں یہ نہیں آئے گا کہ ان میں سے ہر علامت کو کتنی اہمیت دی جائے۔ اگر ان تمام علامات کی پیمائش مساوی طور پر کی جائے تو یہ حقیقت نظر انداز ہو جاتی ہے کہ ان کی اضافی اہمیت میں فرق ہوتا ہے کیونکہ زیادہ تر مجموعۂ علامات میں اکثر تین سے زیادہ علامتیں موجود ہوتی ہیں اس لیے کسی ایک مجموعۂ علامات یا فرد کے لیے بامعنی ابنارمل اسکور ایجاد کرنا بالکل ناممکن ہو جاتا ہے۔

مختلف اوصاف کا مسئلہ

علامتوں کی پیمائش اس لیے بھی پیچیدہ شکل اختیار کر لیتی ہے کہ ابنارمل ہونے کی کئی بنیادی صورتیں ہوتی ہیں۔ عصبی اختلال (Neurosis) اور جنون (Psychosis) کے درمیان پائے جانے والے فرق سے اس کی وضاحت ہوتی ہے۔ عصبی اختلال میں مبتلا شخص

اندرونی کشاکش اور تشویش میں مبتلا ہوتا ہے۔ تاہم اسے اپنے خارجی ماحول کا خاصہ ادراک ہوتا ہے۔ حقیقی دنیا سے اس کا رشتہ بالکل ہی نہیں ٹوٹ جاتا۔ اس کے برعکس جنون میں مبتلا شخص دماغی کارکردگی کے نقص یا شدید جذباتی کش مکش کی وجہ سے حقیقت سے دور ہٹتا جاتا ہے۔ وہ دوسروں سے رابطہ نہیں قائم رکھ سکتا۔ اس کے خیالات منتشر اور غیر مربوط ہوتے ہیں۔ عمومی طور پر ہم سوچتے ہیں کہ جنون، عصبی اختلال سے زیادہ شدید ہوتا ہے۔ تاہم ہم یہ نہیں کہہ سکتے کہ مجنون عصبی اختلال کے مریض سے زیادہ ابنارمل ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں جنون اور عصبی اختلال دونوں شدید صورت میں بھی پائے جاتے ہیں اور معمولی صورت میں بھی۔ اس لیے ابنارمل شخصیت کے شماریاتی معیار کی مزید اصلاح کی ضرورت ہے۔ ہمیں "واحد" شماریاتی معیار کی بجائے "جمع" شماریاتی معیار چاہئیں دراصل دیکھا جائے تو "نارمل عصباتی مریض" اور "نارمل مجنون تسلسل (Continua) کے علاوہ نفسیاتی ابنارمل شخصیت کے لیے ایک اور تسلسل بھی شامل کرنے کی ضرورت ہے۔

تکریری تقسیم کی ہر دو انتہا کے نامساوی ہونے کا مسئلہ

تقسیم کے منحنی (Distribution curve) کی دونوں انتہاؤں کو ہم ابنارمل نہیں کہہ سکتے ہیں تاوقتیکہ ان دونوں کو ایک دوسرے سے ممیز نہ کر لیں۔ شماریاتی طور پر ایک فطین (Genius) اسی قدر ابنارمل ہے جتنا ایک غبی۔ (دونوں ہی 'اوسط' سے بہت دور ہوتے ہیں)۔ لیکن ایک کی شخصیت انتہائی پسندیدہ ہے اور دوسرے کی ناپسندیدہ و نامطلوب۔ اس لیے شماریاتی معیار بذات خود موزوں و ناموزوں کا فیصلہ نہیں کرتے۔ اگر ہم عام کھلے سے متفق ہوں کہ صحت بیماری سے بہتر ہے تو غیر شماریاتی مواد کو شماریاتی مواد کے ساتھ شامل کرنا ضروری ہو جائے گا۔

ابنارمل کیفیت کی تشریح ذاتی بے چینی کی صورت میں

ایک دوسرے نظریے کے مطابق ابنارمل کیفیت کی تشریح اس بے چینی کے درجے کی نسبت سے کی جاتی ہے جو متاثر شخص کو محسوس ہوتی ہے۔ اگر ایک شخص اس لیے افسردہ، بے چین اور ناخوش ہے کہ اپنے خیالات و محسوسات پر اس کا کوئی قابو نہیں رہ گیا

ہے تو وہ ابنارمل کہلائے گا۔ لیکن اگر اسے کسی بے چینی کا احساس نہیں ہوتا اور وہ اس تاثر کے تئیں جو وہ دوسروں پر قائم کرتا ہے، بے نیازی کا مظاہرہ کرتا ہے اور اپنی داخلی کیفیات کی پروا نہیں کرتا یا صحت مند اور خوش و خرم دکھائی پڑتا ہے تو وہ نارمل ہے خواہ دیکھنے والوں کو اس کا کردار نارمل سے منحرف ہی کیوں نہ معلوم ہو۔

واضح ہو کہ یہ نظریہ بھی شماریاتی ہی ہے اس لیے کہ یہ لوگوں کو دو درجوں میں بانٹ دیتا ہے۔ نسبتاً کم بے چین یا زیادہ بے چین۔ بالفاظ دیگر وہ افراد جو خوش و خرم اور مطمئن ہیں اور وہ افراد جو عدم اطمینان کی کیفیت کے شکار ہیں۔ عدم اطمینان کی کیفیت محض ایک تغیر پذیر وصف (Variable) کی طرف اشارہ کرتی ہے جب کہ مکمل شماریاتی پیمانے کے مطابق کردار کی تمام صورتوں اور تجربات و محسوسات کی پیمائش کا سامان ہونا چاہیے۔ محض ذاتی عدم اطمینان کا پیمانہ بہت سی مشکلات کا حامل ہے۔ یہ مشکلات اس لیے پیدا ہوتی ہیں کہ گو ایک ذہنی طور پر پریشان شخص کی شکایات (مثلاً موڈ، احساسات اور خوف) اپنی جگہ بہت اہم ہیں، تاہم یہ پوری تصویر کا ایک نامکمل رخ پیش کرتی ہیں۔ ان کے علاوہ شخصیت میں اور بھی کچھ باقی رہ جاتا ہے جس کا تجزیہ کرنا ضروری ہے۔

داخلی بمقابلہ معروضی علامات کا مسئلہ

بے چینی و عدم اطمینان پر مبنی پیمانہ ان تمام منحرف کرداروں کو نظرانداز کر دیتا ہے جن میں داخلی بے چینی کی کیفیت نہیں پائی جاتی ہے۔ ایک مریض جنون کی اس صورت میں جس کو "جوشِ اضمحلال ردِّ عمل" (Manic depressive reaction) کہلاتی ہیں یہ کہہ سکتا ہے کہ وہ بہت مزے میں ہے، اس کی روزمرہ کی زندگی ایسی چیزوں سے بھری پڑی ہے جن میں وہ دلچسپی لیتا ہے اور یہ کہ وہ خود کو انتہائی خوش و خرم سمجھتا ہے۔ تاہم ہم اس کو نارمل نہیں کہہ سکیں گے اس لیے کہ وہ ذہنی کاموں کو چابکدستی سے انجام نہیں دے سکتا۔ جسمانی طور پر وہ ضرورت سے زیادہ فعال ہوتا ہے اکثر اس کی گفتگو ناقابل فہم اور بے ربط ہوتی ہے۔ اکثر اس کو ایسی آوازیں سنائی دیتی ہیں جن کا کوئی وجود نہیں ہوتا۔ ان معروضی اشاروں کو ہم قطعی نظرانداز نہیں کر سکتے۔ اس کی یہ مصنوعی مسرت بذاتِ خود اس کی مانیائی (MANIC) کیفیت کی مظہر ہے۔

بے چینی کے تئیں فرد کے ردِّ عمل کا مسئلہ

بے چینی کا معیار ایک اور اہم عامل کو نظرانداز کر دیتا ہے وہ یہ کہ ایک شخص اپنے محسوسات

کے ساتھ کس طرح مطابقت پیدا کرتا ہے۔ مثال کے طور پر دو ایسے مختلف افراد جو مایوسی کا شکار ہیں، دو مختلف قسم کے طرز عمل کا مظاہرہ کر سکتے ہیں۔ حالانکہ دونوں کی ذہنی کیفیت کم و بیش یکساں ہوگی۔ ان میں سے ایک شخص اپنی مایوسی کی کیفیت سے جدوجہد کرتا اور اس پر قابو پانے کی کوشش کرتا ہے۔ وہ روز مرہ کے کام دھندوں سے ہمیشہ کی طرح نارمل طور پر نمٹنا چاہتا ہے۔ جب کہ دوسرے شخص پر، ہو سکتا ہے کہ مایوسی غالب آجائے اور وہ کسی کام کو کرنے کی کوشش کو بیکار سمجھے۔ ہم میں سے بیشتر افراد موخرالذکر شخص کو اول الذکر کے مقابلے میں کہیں زیادہ بیمار قرار دیں گے۔ اس لیے ایک ایسا معیار یا پیمانہ جو بے چینی کے ساتھ مطابقت پیدا کرنے کی مختلف النوع کوششوں کے درمیان فرق کو پہچاننے کی کوشش نہ کرے، مناسب پیمانہ نہیں ہے۔

سماجی نتائج کا مسئلہ

مذکورہ بالا پیمانے کی آخری خامی یہ ہے کہ منحرف کردار سے دوسرے لوگ جس طرح متاثر ہوتے ہیں، یہ ان پر کوئی توجہ نہیں دیتا۔ حقیقت میں ذہنی کارکردگی میں ذرا بھی کمی آئے تو متعلقہ شخص کے ہم پیشہ ساتھیوں کے لیے خاصی مشکل پیدا ہو سکتی ہے۔ اس کی بے ربط و بے تکی باتیں لوگوں میں خلجان پیدا کر سکتی ہیں۔ بعض ذہنی امراض میں جسم کی فعالیت ضرورت سے زیادہ بڑھ جائے تو دوسروں پر حملے کی صورت اختیار کر سکتی ہے۔ دراصل ابنارمل شخصیت کے سماجی نتائج اتنے اہم ہیں کہ اکثر کہا جاتا ہے کہ ہم صرف انھیں کو بنیاد بنا کر ابنارمل شخصیت کی تشریح کر سکتے ہیں۔

سماجی عدم تطابق کے تحت ابنارمل شخصیت کی تشریح

ہر شخص ایک مخصوص سماجی پس منظر میں پیدا ہوتا ہے اور سماج اس سے یہ امید رکھتا ہے کہ کچھ استثنائی صورتوں کے علاوہ جن میں سماج منحرف کردار کی اجازت دیتا ہے، باقی عام حالات میں وہ اس کے ضابطوں و قوانین کا احترام کرے گا۔ ایک شخص جس حد تک سماجی ضابطوں کے خلاف ورزی کرتا ہے اور سماج کے توقعات کو پورا نہیں کرتا، اسی حد تک اس کو ابنارمل کہا جاتا ہے۔ نظریاتی طور پر یہ پیمانہ بھی شماریاتی ہی ہے اس لیے کہ یہ ابنارمل شخصیت کے درجوں

کا تعین سماجی عدم مطابقت کے درجوں کے لحاظ سے کرتا ہے۔ اس معیار میں پانچ اہم خامیاں ہیں۔

جُرم کا مسئلہ

جرم کو نفسیاتی ابنارمل کیفیت سے ممیّز کرنا بہت ضروری ہے۔ بہت سے مجرم نفسیاتی طور پر پراگندہ ہوتے ہیں۔ وہ عموماً ایک ایسی صنف سے تعلق رکھتے ہیں جس کو سماجی طور پر بیمار شخصیت (Sociopathic Personality) کہا جاتا ہے لیکن کچھ مجرم ایسے بھی ہوتے ہیں جو نفسیاتی طور پر بالکل نارمل ہوتے ہیں حالانکہ انھیں سماجی ضابطوں و قوانین کی ذرا پروا نہیں ہوتی۔ جرم دراصل ایک قانونی نظریہ ہے نفسیاتی نظریہ نہیں، مجرم سماج کے قانونی ضابطوں کی خلاف ورزی کرتا ہے، نفسیاتی اختلال کے مریض زیادہ تر ان ضوابط کی خلاف ورزی نہیں کرتے یا اگر کرتے بھی ہیں تو اپنے نفسیاتی مرض کے ثانوی نتائج کے طور پر (مثلاً واہموں کے نتیجے میں کسی شخص پر جسمانی حملہ) اگر مجرمانہ رجحانات کی وجہ سے پیدا ہونے والی سماجی ضابطوں کی خلاف ورزی کو نفسیاتی رجحانات کی وجہ سے پیدا ہونے والی خلاف ورزی سے ممیّز نہیں کیا جائے گا تو تمام مجرموں پر نفسیاتی مریض ہونے کا لیبل چسپاں کر دیا جائے گا جو انتہائی غلط بات ہوگی اور اس سے بڑی غلطی یہ ہوگی کہ تمام ذہنی مریضوں کو مجرم سمجھ لیا جائے گا جس کی وجہ سے ذہنی مریضوں کے تئیں جذبۂ ہمدردی ختم ہو جائے۔"

تہذیبی فرق کا مسئلہ

کسی ایک تہذیبی و سماجی پس منظر میں جو کردار سماجی ضوابط سے ہم آہنگ ہوتا ہے دوسرے میں ضوابط کی خلاف ورزی قرار دیا جا سکتا ہے۔ تہذیبی علم الانسان (Cultural Anthropology) لی گئی کچھ مثالوں سے یہ بات واضح ہو جائے گی۔

نیو گنی میں کوٹا نام کے ایک قبیلے کا دستور ہے کہ اگر کسی شخص کو اپنے عزیزوں کے علاوہ کسی دوسرے شخص سے کوئی نقصان پہنچے یا زک اٹھانی پڑے تو اس شخص کو حق ہوتا ہے کہ وہ انتہائی جارحانہ انداز میں بدلہ لے۔ یہ بدلہ شدید قسم کا زبانی جھگڑا، جسمانی حملے یہاں تک کہ قتل کی صورت بھی اختیار کر سکتا ہے۔ ایسا فعل ہماری تہذیب میں ناپسندیدہ قرار دیا جائے گا۔

اس کے برعکس امریکہ کے دکنی مغربی علاقے کے ہوپی انڈین قبیلے میں مقابلے اور جارحیت کے جذبے کو اس حد تک دبایا جاتا ہے کہ ہمارے تہذیبی پس منظر میں ان کا یہ فعل ابنارمل محسوس ہونے لگتا ہے۔ ہوپی قبیلے کے افراد کبھی کسی سے آگے نکلنے کی کوشش نہیں کرتے نہ ہی وہ کبھی کسی دوسرے شخص پر نکتہ چینی کرتے یا اس کے اعمال و افعال کو ناقابل قبول قرار دیتے ہیں۔ بلاشبہ ہمارے معاشرے میں ان کا یہ کردار غیر طبعی حد تک متحمّل قرار دیا جائے گا۔ ٹھیک اسی طرح ہمارے سماج میں کھیل کود یا دوسرے کاموں میں پائے جانے والے مسابقت کا رجحان اور کسی شخص کی دھمکی کے جواب میں پیدا ہونے والا جارحانہ ردِّ عمل، ہوپی سماج میں ابنارمل سمجھا جائے گا۔ اس کے علاوہ ہوپی قبیلے کے افراد جنون، بھوتوں اور بد ارواح وغیرہ سے اس قدر خائف رہتے ہیں کہ ان کا یہ خوف ہمارے معیار کے مطابق عمل تشویش (Anxiety Reaction) قرار پائے گا۔

سچ پوچھیے تو تہذیبی ضوابط، توقعات اور کرداری تنوع اور رنگارنگی کو دیکھنے کے لیے ہمیں اپنی تہذیب سے باہر جانے کی ضرورت نہیں ہے۔ صرف ایک ہی پیچیدہ تہذیب میں بہت سی ذیلی تہذیبیں پائی جاتی ہیں۔ مثال کے طور پر ہمارے سماج کے مختلف طبقوں کے افراد اپنے غور و فکر، جذباتی ردِّ عمل اور زبان و طرزِ گفتگو میں ایک دوسرے سے مختلف ہوتے ہیں۔ یوں ایک ہی صورتِ حال میں ان کے جوابی اعمال ایک دوسرے سے مختلف ہو جاتے ہیں۔ اس تنوع کا ایک نتیجہ یہ بھی ہوتا ہے کہ ماہرینِ علاجِ نفسی کی تشخیص بھی کسی حد تک ان کے اپنے تہذیبی پس منظر اور طبقاتی اقدار سے متاثر ہو جاتی ہے۔ اگر ماہر علاج نفسی اونچے یا درمیانی طبقے سے تعلق رکھتا ہے تو نچلے طبقے سے آنے والے مریضوں کی گفتگو اور سوچ بچار کے ڈھنگ اسے اجنبی محسوس ہوں گے۔ جس کی وجہ سے وہ انھیں مجنونانہ (Psychotic) قرار دے سکتا ہے۔ ابنارمل نفسیات کے بہت سے ماہرین کو امید ہے کہ جلد ہی ابنارمل کردار کی پیمائش کے لیے ایسا پیمانہ ایجاد کیا جاسکے گا جو زمان و مکان اور تہذیبی پس منظر سے متاثر نہ ہوسکے۔ چونکہ ابنارمل کردار کا تعلق تہذیبی پس منظر سے ہے اس لیے سماجی عدم مطابقت کا معیار جامع نہیں قرار دیا جا سکتا۔

ناموزوں سماجی ضابطوں کا مسئلہ

مذکورہ پیمانے کا ایک نقص یہ بھی ہے کہ اس کی وجہ سے یہ خیال پیدا ہو سکتا ہے کہ

سماج ہمیشہ صحیح راستے پر ہوتا ہے۔ اس لیے وہ فرد جو سماج کے بتائے ہوئے راستے پر نہ چلے ہمیشہ غلطی کا مرتکب ہے۔ یہ تصوّر اس حقیقت سے آنکھیں چراتا ہے کہ اکثر تہذیبی ضوابط غلط اور نامناسب بھی ہو سکتے ہیں اور اس بات کی ضرورت ہوتی ہے کہ فرسودہ تہذیبی اقدار سے مطابقت پیدا کرنے کی بجائے ان کو تبدیل کیا جائے۔ اکثر سماج کی اندھی پیروی کو جائز قرار دے کر سماجی عدم مطابقت کے نظریے کا غلط استعمال بھی کیا گیا ہے۔

سماج کی اصلاح کرنے والوں کا مسئلہ

یہ مسئلہ مذکورہ بالا مسئلے سے ہی تعلق رکھتا ہے۔ ہم اس حقیقت کو نظرانداز نہیں کر سکتے کہ معاملات انسانی کی ترقی ہمیشہ انھیں لوگوں کی کوششوں سے ہوتی ہے جو فن، سائنسی علوم اور دوسرے میدانوں میں نئی راہیں ہموار کرتے ہیں۔ اگر عدم مطابقت کے پیمانے پر مکمل تکیہ کیا جائے تو اس حقیقت کے نظرانداز ہو جانے کا خطرہ ہے جس طرح یہ سوچنا غلط ہے کہ ہر وہ شخص جو اپنی تہذیب و سماج کی خلاف ورزی کرتا ہے ذہین و طباع ہے۔ اسی طرح یہ سوچنا بھی غلط ہے کہ وہ اشخاص جو سماج و تہذیب کو نئی اقدار، نئے طریقوں اور نئی راہوں سے روشناس کرتے ہیں۔ ابنارمل ہوتے ہیں۔

سماج سے مطابقت رکھنے والے عصباتی مریض (NEUROTIC) کا مسئلہ

جنون کے مریضوں کی بہ نسبت عصباتی امراض کا شکار سماجی توقعات کو کما حقہٗ پورا کرتا ہے اس لیے پیمانۂ عدم تطابق عصباتی مریض کی تشخیص کے لیے اتنا موزوں نہیں ہے جتنا جنون کے مریضوں کے لیے۔ بلکہ سچ پوچھیے تو بعض عصباتی مریض سماج کے ضابطوں پر ضرورت سے زیادہ سختی کے ساتھ کاربند ہوتے ہیں۔

سماج نے ضابطوں کی خلاف ورزی کرنے والوں کے لیے جیل اور نفسیاتی خلاف ورزی کرنے والوں کے لیے دماغی اسپتال قائم کیے ہیں۔ سماجی پابندیوں کی پروا نہ کرنے پر عصباتی مریضوں کے مقابلے میں مجنوں کے مریض زیادہ تعداد میں ہسپتال بھیجے جاتے ہیں۔ سماجی عدم تطابق کے پیمانے میں خواہ کتنی خامیاں اور مسئلے شامل ہوں، لیکن جب کبھی کنبے کے افراد قانون داں یا ماہرین طب کسی شخص کو دماغی ہسپتال بھیجنے کا فیصلہ کرتے ہیں تو ان کے فیصلے کی تہ میں یہی

پیمانہ کارفرما ہوتا ہے۔ ایسے افراد جو اپنی ذات و ماحول سے غیر مطمئن اور ذہنی طور پر پریشان حال ہیں اور جو بظاہر سماج کے ضابطوں کی پابندی کرتے ہیں ان کا بہت ہی مختصر حصہ ان کی مرضی کے خلاف دماغی ہسپتال میں داخل کیا جاتا ہے۔ تاہم حالیہ سالوں میں ایسے افراد میں برضا و رغبت طبی امداد حاصل کرنے کے رجحان میں اضافہ ہوا ہے۔

ابنارمل کردار کی تشریح کے دوسرے نظریے

مذکورہ بالا تین پیمانوں کے علاوہ اس سلسلے میں بہت سے دوسرے نظریے بھی پیش کیے گئے ہیں۔ یہ نظریے خصوصیت سے عصبی اختلال کی بجائے جنون اور ذہنی صحت کو ایک دوسرے سے میز کرنے کی کوششیں کرتے ہیں۔ ولیم۔ اے۔ اسکاٹ (William A. Scott) نے اپنی کتاب (Studies in Behaviour Pathology) میں انتہائی چابکدستی و مہارت کے ساتھ حسب ذیل نکات پر بحث کی ہے۔

ذہنی امراض کی تشریح، علاجِ نفسی کی ضرورت کے تحت

یہ تشریح عموماً ذہنی مریضوں پر کی جانے والی تحقیقوں میں استعمال کی جاتی ہے۔ اس کے مطابق کوئی بھی ایسا شخص جو کسی ذہنی مرض کے لیے زیر علاج رہ چکا ہو (خصوصیت سے ہسپتال میں)، دماغی مریضوں کے زمرے میں رکھا جا سکتا ہے۔ بقیہ تمام افراد ذہنی طور پر صحت مند کہلائیں گے۔

اس نظریے میں دو بہت بڑی خامیاں ہیں۔ ایک تو یہ کہ چونکہ تشخیص میں اکثر غلطیاں بھی ہوتی ہیں اس لیے ہر وہ شخص جو دماغی اسپتال بھیجا جا چکا ہو، ذہنی مریض نہیں کہلایا جا سکتا۔ دوسرے یہ کہ ایسے بہت سے افراد ہیں جو ذہنی مریض ہیں، سماج کے اصولوں قوانین اور توقعات کی قطعی پابندی نہیں کرتے، تاہم ان کو ذہنی مریض نہیں سمجھا جا سکا ہے۔ روتھ اور لوٹن (Roth and Luton) نے ۱۹۴۳ء میں ایک جائزہ لیا اور اس کے نتیجے میں بتایا کہ (امریکی) معاشرے میں ایسے دماغی مریضوں کی تعداد جن کا کبھی علاج نہیں ہوا ہے، تقریباً اتنی ہی ہے جتنی کہ ایسے مریضوں کی جو کہ علاج کے لیے اسپتال جا چکے ہیں۔

ذہنی امراض ناقص تطبیق (Maladjustment) کی صورت میں

ناقص تطبیق کے پیمانے کو سماجی عدم مطابقت کی ایک خصوصی صورت کی حیثیت سے

دیکھا جاسکتا ہے۔ یہ نظریہ عدم مطابقت کی کسی علامت مثلاً کسی فرد کے متعلق سماج کی رائے یا خودکشی کے رجحانات کو ناقص تطبیق کی کسوٹی کی حیثیت دیتا ہے۔ اس قسم کے اشاریے (Index) میں تقریباً وہ تمام خامیاں پائی جاتی ہیں جو سماجی عدم مطابقت کے معیار میں موجود ہیں۔ ان کے علاوہ ہم دو مزید دشواریوں سے دوچار ہوتے ہیں۔ پہلی تو یہ کہ اس معیار پر کیا جانے والا انتخاب من مانی ہوگا۔ دوسرے یہ کہ مختلف مواقع میں ایک ہی شخص مختلف خانوں میں رکھا جائے گا۔ مثال کے طور پر ایک شخص جس میں خودکشی کا رجحان موجود ہے یا جو کبھی خودکشی کی کوشش کر چکا ہے، سماج کی نظروں میں بلند مرتبہ بھی ہو سکتا ہے۔

نفسیاتی علامتوں کی معروضی جانچ کے ذریعے امراضِ ذہنی کی تشریح

اس نظریے کے تحت شخصیت کی آزمائشوں کو ذہنی صحت و علامت کی جانچ کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس کی ایک مثال (M.M.P.I.) (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) ہے۔ یہ ٹسٹ ابنارمل شخصیت کی معروضی تشریح کرتا ہے۔ متعلقہ فرد آزمائش کے سوالوں کے جو جواب دیتا ہے، ان کا موازنہ نارمل افراد کے جوابات سے بھی کیا جاتا ہے اور ذہنی مریضوں کے جوابات سے بھی، اس آزمائش کے اسکور اضمحلال (Depression) اور مانیا (Mania) جیسی بیماریوں کی شدت یا درجات کو ظاہر کرتے ہیں۔ لیکن یہاں مسئلہ یہ ہے کہ شخصیت کے مختلف پہلوؤں پر حاصل کیے گئے اسکوروں کو ایک دوسرے سے مربوط کس طرح کیا جائے۔ اس لیے کہ ابنارمل کردار کی ایک مجموعی تصویر حاصل کرنے کے لیے ان اسکوروں کو ایک دوسرے سے مربوط کرنا آسان نہیں ہے۔ اس سے بھی اہم دشواری یہ ہے کہ کوئی بھی جانچ غیر معتبر (Unreliable) اور غیر حقیقی INVALID ہونے کے عیب سے مکمل طور پر پاک نہیں ہے کسی شخص کی ذہنی صحت کا اندازہ لگانے کے لیے محض آزمائش کو بنیاد بنانا اور مختلف عوامل مثلاً مریض کی پچھلی تاریخ وغیرہ کو نظر انداز کر دینا بہت خطرناک ہے۔ اس بات کا امکان ہے کہ مستقبل میں نفسیاتی جانچوں کی ان خامیوں کو کچھ حد تک دور کیا جا سکے گا اور وہ اتنی سنگین نہیں رہ جائیں گی۔

ذہنی صحت کی تشریح مثبت جدوجہد کی صورت میں

یہ پیمانہ عام طریق کار کی ضد ہے۔ یعنی بجائے ذہنی امراض کی تشریح کے یہ ذہنی صحت

کی تشریح کرتا ہے۔ اس نظریے کا کہنا ہے کہ ذہنی طور پر صحت مند افراد اپنی صلاحیتوں کو پوری طرح بروئے کار لاتے اور اس طرح وہ زیادہ سے زیادہ نفسیاتی پختگی حاصل کرنے کی کوشش کرتے ہیں۔ اس کی وجہ سے ان میں زندگی میں پیدا ہوتی رہنے والی الجھنوں کا دباؤ برداشت کرنے کی صلاحیت ہوتی ہے۔ اس اعتبار سے ذہنی بیماری یہ سب کچھ نہ کر سکنے اور دباؤ برداشت کرنے کی صلاحیت کے فقدان کا دوسرا نام ہوگا۔

یہ پیمانہ اکثر سماجی عدم مطابقت اور ذاتی بے چینی، ان دونوں نظریوں سے ٹکراتا ہے۔ اس لیے کہ یہ کوئی ضروری نہیں ہے کہ جو شخص کسی مقصد کے حصول کے لیے جدوجہد کر رہا ہے، سماج کے ضابطوں کا پابند ہو۔ اس کے علاوہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ وہ اپنی جدوجہد کے سبب پریشان اور آزردہ رہتا ہو۔ اس پیمانے کی ایک اور خامی یہ ہے کہ وہ کردار جو صحتِ ذہنی کو ظاہر کرتے ہیں، اخلاقی اقدار کی عکاسی بھی کرتے ہیں۔ صحت کو مثبت جدوجہد سے تعبیر کرنا اخلاقیات کے اس درس کے مترادف ہے کہ لوگوں کو اپنے مقصد کے حصول کے لیے سرگرم عمل رہنا چاہیے۔

کیا ابنارمل کردار کا کوئی جامع معیار قائم کیا جا سکتا ہے؟

ابھی ہم نے جن مختلف پیمانوں کا تجزیہ کیا ہے ان سے ہم اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ ابنارمل کردار کا کوئی بھی معیار کمزوریوں اور نقائص سے خالی نہیں ہے۔ ابھی تک کوئی ایسا اشاریہ index تیار نہیں کیا جا چکا ہے جو ابنارمل کردار کو نارمل کردار قطعی طور پر علاحدہ کر سکے۔ بلکہ ایسے کسی اشاریے کے تیار ہونے کا امکان بھی مشکوک ہے۔

ان صورتوں میں جہاں شدید قسم کا ذہنی انتشار موجود ہو، مذکورہ بالا تین بنیادی پیمانوں میں سے کوئی بھی پیمانہ متعلقہ شخص کو ابنارمل قرار دے سکتا ہے۔ ایسا شخص جو شدید ذہنی اختلال کا شکار ہو اپنے نارمل ساتھیوں سے مختلف ہوتا ہے۔ وہ اکثر و بیشتر (گو ہمیشہ نہیں) پریشان اور آزردہ رہتا ہے اور معاشرے کے ضابطوں کا پابند نہیں رہ جاتا۔ اس کی شناخت آسانی سے ہو جاتی ہے۔ اس لیے ایک ایسے معیار کا فقدان جس میں خامیاں نہ ہوں اور جو زمان و مکان کی قیود سے آزاد ہو، اسی صورت میں اہمیت رکھتا ہے جس میں ایسے افراد

کی جانچ کرنی ہو جن کا اختلال شدید اور نمایاں نہیں ہے۔

اصطلاحات پر ایک نظر

ابنارمل کردار کی عام حالتوں کے لیے مختلف اصطلاحات کا استعمال کیا گیا ہے۔ مثال کے طور پر بہت سی اصطلاحات جیسے منحرف کردار (Deviant Behaviour) نفسیاتی انحراف (Mental Deviation) کرداری اختلال (Behaviour Disorder) اور نفسیاتی اختلال (Mental Disorder) کو ایک دوسرے کے مترادف الفاظ کے طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔ لیکن کچھ اصطلاحات ایسی بھی ہیں جو ذہنی اختلال کے مختلف پہلوؤں پر زور دیتی اور اپنے معنیٰ کے اعتبار سے ایک دوسرے سے مختلف ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر ذہنی مرض ذہنی اختلال اور پاگل پن (آخری اصطلاح یعنی پاگل پن، نفسیاتی سے زیادہ قانونی اصطلاح ہے) جنون (Psychosis) کے لیے استعمال ہوتے ہیں لیکن عصبی اختلال (Neurosis) کے لیے نہیں۔ جذباتی انتشار یا جذباتی اختلال ایسی اصطلاحات ہیں جنھیں ایک طرف تو جنون (Psychosis) کی بجائے عصبی اختلال کے لیے استعمال کیا جاتا ہے اور دوسری طرف یہ نفسیاتی انتشار کی تمام صورتوں میں پائے جانے والے جذباتی عوامل کی نمائندگی کرتی ہیں۔ ان صورتوں میں جنون یعنی Psychosis بھی شامل ہے

کرداری مرضیات (Behaviour Pathology) اور نفسیاتی مرضیات (Psycho - pathology) ایسی اصطلاحات ہیں جن کو بڑی ہوشیاری سے پرکھنے کی ضرورت ہے۔ چوں کہ مرضیات (Pathology) امراض کے مطالعے کو کہتے ہیں۔ اس لیے کرداری مرضیات یا نفسیاتی مرضیات کا مطلب کردار کے اختلال کے ان پہلوؤں کا مطالعہ ہونا چاہیے جن کو طبی (Clinical) بیماریوں سے وابستہ کیا جا سکے۔ لیکن جسمانی بیماریوں اور ذہنی اختلال میں جو عمل شامل ہوتے ہیں ان کے درمیان ایک وسیع تعلق قائم کیا جا سکتا ہے اس لیے یہ دونوں اصطلاحات کردار کے ہر قسم کے انحراف کے لیے استعمال ہوتی ہیں، خواہ اس کی جڑیں عضویاتی بیماری میں پوشیدہ ہوں یا نہ ہوں۔ علاج نفسی سے وابستہ امراض کی اصطلاح بھی دو معنوں میں استعمال ہوتی ہے۔ ماہر علاج نفسی (Psychiatrist) کی تعریف یہ ہے کہ وہ طبی ڈاکٹر بھی ہوتا ہے اس لیے علاج نفسی سے وابستہ امراض کا مطلب ایک ایسی بیماری سے لیا

جاسکتا ہے جس کا ایک جانا پہچانا عضویاتی سبب موجود ہو۔ لیکن چونکہ ماہر علاج نفسی ایسے امراض کا بھی علاج کرسکتا ہے جن کا کوئی عضویاتی سبب موجود نہ ہو اس لیے نفسی امراض میں کردار کے تمام اختلال آجاتے ہیں خواہ وہ عضویاتی ہوں یا غیر عضویاتی۔ بالفاظِ دیگر ان میں تمام ابنارمل کردار شامل ہوتے ہیں۔

خللی کردار کی اصطلاح بھی اکثر ایک خصوصی ذیلی کردار کے لیے مخصوص کردی جاتی ہے جو نہ تو عصباتی (Neurotic) ہوتا ہے نہ جنونی بلکہ اس میں ایک مخصوص قسم کا ہیجانی اور سماج دشمن کردار کا نمونہ موجود ہوتا ہے۔

ابنارمل اور عمومی نفسیات

اس کتاب کے بقیہ حصے میں عمومی نفسیات کی اصطلاحات و تصوّرات کا ابنارمل کردار پر بار بار اطلاق کیا گیا ہے۔ تمہید کے طور پر ہم اس کی وضاحت کریں گے کہ ادراک، آموزش، نشو و نما اور سماجی نفسیات میں استعمال ہونے والے تصوّرات ہمارے لیے کیوں کر سود مند ہیں۔

ادراکی انتخاب (Perceptual Selectivity) کا یہ عام اصول ہے کہ ہمارے محرکات ان ہیجوں Stimuli کے انتخاب پر اثر انداز ہوتے ہیں جن پر ایک فرد توجہ دیتا ہے اور ادراک حاصل کرتا ہے۔ اس کے علاوہ یہ محرکات اس پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں کہ کسی مخصوص ہیج میں فرد کیا دیکھے گا، اس کو کس چیز کا ادراک ہوگا۔ بہت سے تجربوں سے ثابت ہوا ہے کہ بھوکے افراد میں مبہم اشیا کو بطور اشیائے خوردنی دیکھنے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ اسی طرح ایک خوف زدہ انسان عام سی چیزوں کو دیکھ کر بھی خوف زدہ ہو جاتا ہے۔ وہ ایک بے رنگ چہرے کو خطرناک یا دھمکی آمیز قرار دے سکتا ہے۔ شدید پیاس کے عالم میں سراب نظر آتا ہے۔ جنسی عمل سے محرومی صنف میں پائی جانے والی کشش کے ادراک میں تغیر پیدا کر دیتی ہے اور ایک ناقبول صورت بھی کشش انگیز بن جاتی ہے (Hallucination) کی وضاحت میں بے حد کارآمد ثابت ہوتا ہے۔ فریب ادراک اس بصری، لمسی، سماعی یا کسی اور حس سے تعلق رکھنے والے ادراک کو کہتے ہیں جس کا حقیقت سے کوئی تعلق نہ ہو (مختلف اقسام کے فریب ادراک نفسی اختلال کی کئی کیفیتوں میں بطور علامت پائے جاتے ہیں) ادراکی انتخاب

کے اصول کا اطلاق فریب ادراک کی بہت سی کیفیتوں پر ہوتا ہے۔ اس لیے جنون میں مبتلا افراد کے ادراک پر ان کی تشویش، احساسِ جرم اور ناکامی کے خوف جیسے محرکات بری طرح اثر انداز ہوتے ہیں۔ جس طرح ایک بھوکا شخص ان اشیا کو کھانے کے قابل سمجھ بیٹھتا ہے جن کا غذا سے کوئی تعلق نہ ہو، اسی طرح احساس جرم اور تشویش ذہنی مریض کو ادراک کے مغالطوں میں مبتلا کر دیتی ہے۔ اسے ایسی چیزوں کا ادراک ہوتا ہے جو قطعی غیر حقیقی ہیں لیکن اس کے محرکات سے ہم آہنگ ہیں۔ خوف کی حالت میں اکثر ایک نارمل انسان بھی ایک بے ضرر چہرے سے ڈر جاتا ہے۔ اسی طرح تشویش کی وجہ سے مجنون (Psychotic) ایسی آوازیں سنتا ہے جو سرے سے موجود ہی نہیں ہوتیں۔ آموزش کی نفسیات (Learning) کے بھی بہت سے اصول و تصورات ابنارمل نفسیات میں کارآمد ثابت ہوتے ہیں اس کی ایک مثال ہمیں ہیج کی تعمیم (Stimulus generalisation) اور محرکے کی شدت سے اس کے تعلق میں ملتی ہے جیسا کہ ہم نے پہلی مثال میں کہا ہے، ذہنی اختلال میں مبتلا افراد کے اندر بہت شدید اور ناآسودہ محرکات موجود ہوتے ہیں چوں کہ انتشار نفس (Schizophrenia) کے مریض شدید تشویش میں مبتلا ہوتے ہیں۔ اس لیے ان کی محرکات کا عمل بھی خصوصیت سے اونچی سطح کا ہوتا ہے۔ آموزش کا ایک اہم مفروضہ ہے کہ محرکے کی سطح جتنی بلند ہوگی، ہیج کی تعمیم کا رجحان بھی اتنا ہی شدید ہوگا۔ بالفاظ دیگر بنیادی طور پر ایک ہیج کے تئیں کسی فرد نے جو مخصوص جوابی عمل سیکھ لیا ہے۔ اس کا رُخ دوسرے ہیجوں کی طرف بھی ہو جاتا ہے حالاں کہ ان کا اصل ہیج سے دُور کا بھی واسطہ نہیں ہوتا یا محض برائے نام تعلق ہوتا ہے۔ اگر ہم اس مفروضے کا اطلاق انتشار نفس اور عصبی اختلال کے مریضوں و نارمل افراد پر کریں تو انتشار نفس کے مریضوں میں تعمیم کا رجحان پائے جانے کی توقع بقیہ افراد کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہوگی۔ نوف اور فیگر (Knoff and Fager 1961) نے ایک تجربے کے ذریعے اس مفروضے کو سائنٹیفک ڈھنگ سے بھی ثابت کر دکھایا ہے۔ اس تجربے میں کئی برقی روشنیوں سے کام لیا گیا۔ زیر تجربہ افراد کے سامنے کئی لیمپ تھے، جن میں سے صرف ایک مخصوص لیمپ کے روشن ہونے پر انھیں ایک بٹن دبانا تھا۔ دیکھا گیا کہ انتشار نفس کے مریضوں نے نارمل اور عصباتی افراد کے مقابلے میں کہیں زیادہ بار غلط لیمپوں کے جلنے پر بٹن دبایا۔ آموزش کے وہ تصورات جو اختیار کے نتیجوں کی تشریح کے کام آتے ہیں، انتشار نفس اور دوسرے

امراضِ نفسی کے مریضوں کی روزانہ زندگی سے وابستہ کردار کی تشریح کے لیے بھی استعمال کیے جا سکتے ہیں۔ ان کے کردار کی ایک خصوصیت بے ربطی (Disorganization) بھی ہے اس کا مطلب یہ ہے کہ ان کے سامنے جو ہیج آتے رہتے ہیں ان کے تئیں ان کے جوابی اعمال میں نہ تو کوئی ربط ہوتا ہے اور نہ معنی۔ بالفاظ دیگر ان کا کردار غیر مربوط، بے معنی اور غیر منظم ہوتا ہے۔ یہ عدم تنظیم جزوی طور پر ہیج کی تعمیم کی غلطیوں پر مبنی ہوتی ہے۔ نفسی مریض کے خیالات، جذبات، اور اعمال و افعال حقیقت سے میل نہیں کھاتے اس لیے کہ اس کے محرکات کی سطح غیر ضروری حد تک بلند ہوتی ہے۔ اس کی وجہ سے اس کے لیے حقیقی ہیجوں کو عالم خیال کے ہیجوں سے علاحدہ کرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ وہ خیالی ہیجوں کو حقیقی اور حقیقی کو تصوراتی سمجھتا ہے۔

نشو و نما سے تعلق رکھنے والے تصورات ابنارمل نفسیات کے لیے خصوصی اہمیت رکھتے ہیں اس کی وجہ یہ ہے کہ کردار کے بہت سے اختلال، وقت کے ساتھ بڑھتے جاتے ہیں۔ نفسی ہیجانی بالیدگی کو طبعی نشو و نما کی ایک خصوصی کیفیت سمجھا جا سکتا ہے۔ مثال کے طور پر نظریۂ تحلیل نفسی کا ایک سنگ میل جو اُسے سگمنڈ فرائڈ (Sigmund Freud) نے عطا کیا تھا۔ جنسی ترقیاتی مراحل (Developmental Sexual Stages) کا تصور ہے۔ یہ تصور اُن مفروضوں میں پیوست ہے جن کے مطابق ہر فرد ایسی جنسی منزلوں سے گزرتا ہے جن کی پیشین گوئی کی جا سکتی ہے اور یہ کہ جذباتی اختلال مراجعت (Regression) کی ایک صورت ہے اسے مراجعت اس لیے کہا جاتا ہے کہ جنسی نشو و نما کی طبعی عبوری منزلوں سے گزرنے کی بجائے متعلقہ شخص پیچھے کی طرف لوٹ جاتا ہے۔ ہم ان مفروضوں سے تفصیل کے ساتھ بعد میں بحث کریں گے۔ یہاں یہ نکتہ قابل غور ہے کہ نشو و نما کی منزلوں اور مراجعت کے یہ جڑواں تصور نشو و نمائی تصورات اور ابنارمل نفسیات کو ایک دوسرے کے قریب لاتے ہیں۔

سماجی نفسیات کے ایک تصور کا کرداری انحرافات پر اطلاق کی مثال دیکھنا ہو تو رول اختیار کرنے (Role taking) کے تصور کو دیکھیے۔ کیمرون اور کیمرون (Cameron and Cameron 1951) کے مطابق سماجی رول کی تعریف ہم رویوں اور جوابی اعمال کے ایک ایسے سیٹ کے طور پر کر سکتے ہیں جو منظم اور باہمی طور پر مربوط ہو اور جسے سماجی ماحول نے تجویز کیا ہو۔ وہ کردار جو ایک ماں کے لیے موزوں ہوں یا جن کی اس سے توقع کی جاتی ہو سماجی رول کی مثال ہیں۔ اسی طرح ایک دس سالہ بچے یا ایک ماہر موسیقار یا ایک ماہر مکینک

سے جن کرداروں کی توقع کی جاتی ہے وہ بھی سماجی رول کی مثال ہیں۔

رول کی ادائیگی یعنی ان اعمال و افعال کی بناہ جو ایک سماجی رول میں شامل ہوتے ہیں، نفسیاتی طور پر پراگندہ لوگوں کے لیے بہت مشکل ہو جاتے ہیں۔ یہ بات حیاتیاتی نقائص کی وجہ سے ہو یا بچپن کی نامرادی کے سبب یا تہذیبی محرومیاں اس کا باعث ہوں، بہر حال یہ اشخاص اس کردار کو ادا نہیں کر پاتے جو ان کی صلاحیت، مرتبے یا عمر کے لیے مناسب و موزوں ہے۔ اس کے علاوہ ان لوگوں میں یہ صلاحیت بھی نہیں ہوتی کہ یہ خود کو عالم تصوّر میں دوسروں کی جگہ رکھ کر ان کے محسوسات و خیالات کو سمجھ سکیں۔ ان کے لیے دوسروں کے ردِّ عمل کو سمجھنا یا ان سے کسی ردِ عمل کی توقع کرنا بھی مشکل ہو جاتا ہے۔ مجنون افراد میں سماجی بدسلیقگی، ترسیل خیال کی مشکلات اور خیالات کی کجروی، رول کی ادائیگی کی دشواریوں سے ہی پیدا ہوتی ہیں۔

نفسیات پر عمومی تصوّرات کے اطلاق کی مشکلات

ابنارمل نفسیات کے مواد اور مسائل پر عمومی نفسیات کے تصوّرات کے اطلاق میں ہمیں بہت زیادہ کامیابی نہیں ہوئی ہے۔ اس کی بڑی وجہ یہ ہے کہ ابھی تک ہم نارمل کردار کو بہت اچھی طرح نہیں سمجھ سکے ہیں اور اس کا علم ابھی مکمّل نہیں ہوا ہے۔

ہماری معلومات کے نامکمّل ہونے کا ایک نتیجہ تو یہ ہوتا ہے کہ اکثر ہم ایسے تصوّرات اور اصولوں کا انتخاب کر بیٹھتے ہیں، یا کر سکتے ہیں جو ناموافق ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر آموزش کے میدان کو ہی لیجیے۔ مختلف بانیانِ نظریات (Theorists) آموزش کی بنیادی اقسام، انعام و سزا کی اہمیت اور آموزش کا ادراک و ترغیب کے ساتھ تعلّق جیسے عوامل پر آپس میں متفق نہیں ہیں اس کے علاوہ ادراک کی بنیادی نوعیت، سماجی۔ نفسیاتی عمل اور نشو و نما کے مسئلوں پر ماہرین نفسیات میں اتفاق نہیں پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر فرائڈ کا جنسی مدارج کا نظریہ اور اس کا یہ مفروضہ کہ نشو و نما کے مدارج بنیادی طور پر جنسی ہوتے ہیں اور یہ کہ جذباتی مشکلات مراجعت کی ایک صورت ہوتی ہیں، متفقہ طور پر تسلیم نہیں کیے جاتے ہیں۔ بہت سے ماہرین نفسیات نے ان نظریوں اور مفروضات کی صحت پر یقین نہیں رکھتے۔

عدم اتفاق کی اس صورتِ حال کو دیکھتے ہوئے بہترین راستہ یہ ہے کہ بہت ہی دانشمندانہ اور ایماندارانہ انتخاب سے کام لیکر مختلف النوع نظریات اور تصوّرات کو ابنارمل نفسیات

میں استعمال کیا جائے۔ ایک متبادل صورت یہ ہو سکتی ہے کہ متصادم نظریات میں سے کسی ایک کا انتخاب کر لیا جائے اور باقی تمام نظریوں سے اجتناب کرکے اس پر سختی کے ساتھ کاربند رہا جائے لیکن دقت یہ ہے کہ کوئی بھی عمومی نظریہ اتنا مکمّل اور جامع نہیں ہے کہ ہم باقی تمام نظریوں کو ادا کرکے صرف اسی کی پیروی کر سکیں

ابنارمل نفسیات اور علم حیاتیات (BIOLOGY)

انسان سب سے پہلے ایک حیاتیاتی جسد (ORGANISM) ہے۔ اس کی حیاتیاتی ساخت اور وظایف اس کے کردار کو محدود بناتے ہیں۔ یہ حدود کردار کی بہت سی شکایات کی بنیادی وجہ ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر مشاہدے میں آیا ہے کہ (Huntingtons Chorea) جو ایک نفسی مرض ہے، دماغ کے ایک مرضیاتی عمل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ اس مرض کی خصوصیت یہ ہے کہ یہ متاثرہ شخص کی اولادوں کی نصف تعداد میں منتقل ہو جاتا ہے (موروثی طور پر) اور بقیہ نصف اولادیں اس مرض سے محفوظ رہتی ہیں اور اس کو آنے والی نسلوں میں منتقل نہیں کرتیں۔ یہ حقیقت علم الحیات کے نظریۂ وراثت کے ذریعے مکمّل طور پر واضح کی جا چکی ہے۔

اگر ہم نفسی جسدی (Psycho Somatic) شکایات پر غور کریں تو ابنارمل نفسیات میں علم الحیات کے تصورات کا استعمال زیادہ واضح ہو جائے گا۔ نفسی/جسدی شکایات میں دمہ معدہ کے ناسور اور خون کے دباؤ کا بڑھ جانا جیسے امراض شامل ہیں۔ یہ اور بہت سے دوسرے نفسی جسمانی عوارض اُن جسمانی کیفیات کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں جو بعض شدید جذباتی کیفیات کے نتیجے میں ظاہر ہوتی ہیں۔ یہ جسمانی فعالیت جسم میں مرضیاتی تبدیلیاں لاتی ہے اور کسی خاص عضو کے طبعئ افعال میں خلل انداز ہوتی ہے۔ اس قسم کے امراض کو سمجھنے کے لیے جذباتی کیفیات کے دوران ہونے والی جسمانی تبدیلیوں کو سمجھنا بہت ضروری ہے۔ اس کے علاوہ جذبات کے اظہار میں خودکار نظامِ عصبی کے رول کو بھی سمجھنا ہوگا۔ اس کے علاوہ ان اعضا کے افعال میں بھی خودکار نظامِ عصبی کی اہمیت کو سمجھنا ہوگا جن میں نفسی جسدی علامتیں رُونما ہوتی ہیں۔

عمومی طور پر ہمارا تعلق جن امراض سے ہے انھیں دو خصوصی صنفوں میں تقسیم کیا جا سکتا

نہ ہے پہلی وہ صنف جس کی تشریح مکمل یا خاصی بڑی حد تک حیاتیاتی ہی ہوتی ہے۔ اس صنف میں دماغ کو پہنچنے والے نقصان، اینڈوکرینی، غدودوں کے افعال کے نقص یا خودکار عصبی نظام کی بیش فعالیت ([illegible]) شامل ہیں۔ دوسری صنف میں، جس کے لیے نفسیاتی تشریح زیادہ مددگار ثابت ہوتی ہے، عصبی اختلال، جنون کی کچھ اقسام اور شخصیت کے اختلال کی کچھ خصوصی صورتیں شامل کی جاتی ہیں۔ لیکن اس دوسری صنف کے لیے بھی حیاتیاتی تشریح بالکل ہی ناموزوں نہیں ہے۔ اس لیے کہ ہر جاندار کی اپنی مخصوص ساخت اور وراثت ہوتی ہے۔ ٹھیک اسی طرح پہلی صنف کے لیے عمومی نفسیاتی اصول بالکل ہی ناکارہ نہیں ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ ایک ایسا شخص بھی، جس کی جسمانی ساخت کو کوئی نقصان پہنچا ہو یا جس کے اعضا کے افعال میں نقص پیدا ہو گیا ہو، ادراک حاصل کرتا ہے، سیکھتا ہے، نشو ونما پاتا ہے اور سماجی عمل ورد عمل میں حصہ لیتا ہے۔ کبھی ابنارمل کیفیت کے لیے نفسیاتی پہلوؤں پر زور دینا ضروری ہوتا ہے اور کبھی حیاتیاتی پہلوؤں پر غور کرنا زیادہ سود مند ہوتا ہے لیکن ان دونوں میں سے کسی ایک کو مکمل طور پر نظر انداز کر دینے کو کبھی بھی دانشمندی نہیں سمجھا جا سکتا۔

ابنارمل نفسیات اور سماجی تہذیبی متغیرے

سماجی ماحول میں ایک شخص کو جو مرتبہ حاصل ہوتا ہے وہ اس کی جذباتی پراگندگی یا ذہنی طور پر بیمار ہونے کے امکانات پر اثر انداز ہوتا ہے۔ سماجی مرتبہ ذہنی اختلال اور اس کے علاج کی اقسام و نوعیت کو بھی متاثر کرتا ہے۔ آیئے ان میں سے ہر نکتے پر علاحدہ علاحدہ غور کریں۔

ہولنگز ہیڈ اور ریڈلک (Haldingshead and Redlich 1958) نے اپنی ایک تحقیق میں سماجی طبقے اور ذہنی امراض کے درمیان پائے جانے والے تعلق کا پتہ لگانے کی کوشش کی ہے۔ انھوں نے نیو انگلینڈ کے ایک شہر کو پانچ سماجی درجوں میں تقسیم کیا اور اس نتیجے پر پہنچے کہ مختلف بیماریوں کی شرح مختلف سماجی طبقوں میں الگ الگ ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر انتشارِ نفس (Schizophrenia) دو سب سے نچلے طبقوں میں زیادہ پایا جاتا تھا۔ ان حضرات نے اپنی تحقیقاتی دریافتوں کی بنا پر محسوس کیا کہ اگر کوئی شخص بچپن میں محبت و شفقت سے محروم رہا ہو تو اس کے مالیخولیا میں مبتلا ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ جو لوگ سماجی، معاشی اعتبار سے نچلے طبقے میں آتے ہیں، ان کے یہاں عورتوں کے کام پر

جانے اور شرح طلاق کے زیادہ ہونے کے سبب بچوں کا محبت وشفقت سے محروم ہونا بہت زیادہ ممکن ہے۔ اس طرح ہم ایک سماجی تہذیبی متغیر ے (Sociocultural variable) یعنی طبقاتی رکنیت کو ابنارمل نفسیات کی ایک حقیقت یعنی انتشارِ نفس میں مبتلا ہونے کے امکان سے جوڑ سکتے ہیں۔

اسی مطالعے سے یہ بھی دریافت ہوا کہ عصبی اختلال کا ان طبقات میں وقوع پذیر ہونے کا رجحان نہیں پایا جاتا جن میں انتشارِ نفس کا وجود زیادہ ممکن ہے۔ عصبی اختلال میں مبتلا مریض اونچے طبقے میں زیادہ پائے جاتے ہیں۔ اس سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ سماجی تہذیبی عوامل مختلف اقسام کے نفسی امراض پر مختلف طریقے سے اثرانداز ہوتے ہیں۔

ذہنی امراض پر سماجی تہذیبی عوامل کے اثرات کی اہمیت ایک اور تحقیقی مطالعے سے بھی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ تحقیقی مطالعہ سنگر اور اوپلر (Singer and opler 1961) نے امریکہ میں کیا تھا۔ انھوں نے انتشارِ نفس میں مبتلا افراد کی دو جماعتوں کو لیا اور ان میں پائی جانے والی علامتوں کی چھان بین کی۔ ان جماعتوں میں ایک جماعت آئرش اور دوسری اطالوی نسل سے تعلق رکھتی تھی۔ ان کی دریافت کے مطابق آئرش مریضوں میں تخیل کی اڑان زیادہ پائی جاتی تھی جب کہ اطالوی مریضوں میں اضطراری اور جارحانہ کردار کی بہتات تھی۔ ان مریضوں میں پایا جانے والا یہ فرق ان کی قومیت و تہذیب سے وابستہ معلوم ہوتا ہے۔

ابنارمل نفسیات اور دماغ و جسم کا مسئلہ

ابنارمل نفسیات کے مزاج کے متعلق ایک مقبول لیکن غلط تصور ذہنی امراض و ذہنی اختلال کی اصطلاحات سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ عقیدہ یقیناً پُرکشش ہے کہ چونکہ کچھ ذہنی بیماریوں کے اسباب عضویاتی ہوتے ہیں اس لیے جسم دماغ کو ضرور متاثر کرتا ہے۔ لیکن نفسی۔ جسدی امراض کے اعتبار سے معاملہ اس کے برعکس ہوتا ہے۔ یعنی دماغ جسم کو متاثر کرتا اور اس میں خلل پیدا کر دیتا ہے یہ دونوں نظریات یعنی ابنارمل مظاہر کی تشکیل یا تو دماغ پر جسم کے اثر سے یا جسم پر ذہن کے اثر سے ہوتی ہے، اس عقیدے پر مبنی ہیں کہ ابنارمل نفسیات کا تعلق دو عناصر ہیں۔ ذہن اور مادّہ اوّل الذکر ناقابلِ گرفت بالائے فہم اور مبہم ہے اور موخرالذکر ٹھوس اور قابلِ فہم۔

حقیقت در اصل یہ ہے کہ ابنارمل نفسیات بھی عمومی نفسیات کی طرح صرف ان واقعات وعوامل سے بحث کرتی ہے جو حقیقی اور قابل فہم ہیں۔ ان میں سے کچھ عوامل کا مشاہدہ اور پرکھ حیاتیاتی طریقوں کے ذریعے اور کچھ کی نفسیاتی طریقوں کے ذریعے ہو سکتی ہے۔ مشاہدے کے لیے نفسیاتی طریقے استعمال کیا جائے یا حیاتیاتی جو کیفیات اور عوامل سامنے آتے ہیں دونوں ہی حقیقی ہیں۔ حیاتیاتی طریقوں کا استعمال نبض کی رفتار، خون کا دباؤ، دماغ کی برقی رو میں تبدیلیاں اور دماغ کے خلیوں میں پہنچنے والے نقصان کے اندازے کے لیے کیا جاتا ہے۔ نفسیاتی طریق کار جیسے شخصیت کی جانچ، انٹرویو یا تحریری دستاویزات کی چھان بین وغیرہ کو حرکی یا گویائی کردار کی پیمائش کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ موخرالذکر مشاہدات کے ذریعے تخیل، خوف، احساس جرم، چڑچڑاپن، لاشعور میں چھپے ہوئے معاندانہ جذبات، غیر منظم خیالات اور ادراکی اختلال جیسے نفسیاتی متغیروں کی پیمائش بالکل اسی طرح کی جا سکتی ہے جس طرح ایکسرے کے ذریعہ حاصل کی گئی تصاویر سے ان بیماریوں کا پتہ لگایا جا سکتا ہے جنھیں ہماری آنکھیں یوں نہیں دیکھ سکتیں۔ علاوہ ازیں حیاتیاتی عمل : (Biological Processes) جیسے دماغ کا انحطاط، کردار میں تبدیلیوں کے ہمدوش ہوتے ہیں اور کردار کی تبدیلیوں کے ساتھ نظام عصبی کی فعالیت شامل ہوتی ہے۔ بنیادی طور پر فرد ایسا نظام عناصر ہوتا ہے جو ایک اکائی کی صورت میں کام کرتا ہے۔

"نفسیاتی" کا مطلب غیر مرئی نہیں ہے اس میں کچھ ایسی تکنیکیں شامل ہیں جنھیں ہم اس نظام عناصر کا مشاہدہ کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں علاوہ ازیں وہ مخصوص کردار جن کا مشاہدہ کیا جاتا ہے اور وہ نتائج جن تک ہم کردار کے مشاہدے سے پہنچتے ہیں۔

ابنارمل نفسیات کے کچھ خصوصی موضوع

ابنارمل نفسیات کے خصوصی موضوع حسب ذیل ہیں۔

1۔ نفسیاتی اختلال کی مختلف اقسام کا بیان اور درجہ بندی
2۔ نفسیاتی اختلال کی نشوونما اور حرکیات (Dynamics)
3۔ نفسیاتی اختلال کی تعلیل (Causation)
4۔ نفسیاتی اختلال کے مریضوں کی جانچ اور علاج

دوسرا باب

بیان اور اصناف بندی

ایک بیالیس سالہ عورت جو ذہنی اختلال میں مبتلا تھی، ہسپتال میں داخل کی گئی تاکہ اس کا مشاہدہ اور علاج کیا جا سکے۔ اس کی وضع و قطع بکھری سی تھی، آنکھوں کے گرد سیاہ حلقے تھے اور وہ تھکی ہوئی خوفزدہ اور تناؤ کی کیفیت کا شکار نظر آ رہی تھی۔ وہ کسی کی طرف نظر بھر کر دیکھنا پسند نہیں کرتی تھی۔ یا تو تیزی کے ساتھ اِدھر اُدھر نظریں دوڑاتی تھی یا پھر خلا میں گھورنا شروع کر دیتی تھی۔ حالانکہ ذہانت کے اعتبار سے وہ اوسط درجے کی محسوس ہوتی تھی لیکن جب خون کی جانچ کے لیے اُس کا خون لیا گیا تو اس نے کہا "کیا یہ لوگ میری یادداشت اور حافظے کے ساتھ میرا خون بھی لے لیں گے ؟" وہ ماضی میں رونما ہونے والے واقعات کو تسلسل کے ساتھ بیان نہیں کر سکتی تھی۔ اپنے کنبے کے متعلق گفتگو کرتے ہوئے کبھی کہتی تھی کہ اس کا ایک بھائی ہے کبھی کہتی کہ دو بھائی ہیں۔

وہ شاذونادر ہی مسکراتی تھی۔ اس کے علاوہ اس کی آواز سے کسی قسم کے جذبات کا اظہار نہیں ہوتا تھا۔ تاہم اس نے بتایا کہ اس کو دو اسقاط ہو چکے تھے اور جب اس نے اُن کا ذکر کیا تو اس کے اظہار بیان سے شدید احساس جرم ظاہر ہو رہا تھا۔ کچھ عرصے تک وہ شہر شہر بھٹکتی پھری تھی اور مختلف رشتے داروں کے ساتھ رہتی چلی آئی تھی۔ غیر جذباتی لہجے میں اُس نے بتایا کہ اس نے اپنی حرکتوں سے ہر شخص کو شرمندہ کیا تھا، وہ بالکل ناکارہ تھی اور اپنی غلط حرکتوں کی وجہ سے زیر تفتیش تھی۔ اس نے اپنے متعلق لوگوں کے منہ سے توہین آمیز الفاظ سنے تھے۔ اسے یہ بھی یقین تھا کہ کوئی شخص اس کی قیام گاہ کی کنجی چرانا چاہتا تھا۔ اُسے اپنے دروازے کے باہر کچھ آوازیں سنائی دیتی تھیں جن سے اس کے خیالات اور حرکات پر بُرا اثر پڑتا تھا۔

اس نے بار بار کہا کہ شادی شدہ لوگ بہت خوش قسمت ہوتے ہیں۔ وہ خود طلاق یافتہ تھی۔

اسے شدید اُکتاہٹ کی شکایت تھی، کوئی ایسا شخص نہیں تھا جس سے وہ بات کر سکے اور جو اُسے سمجھ سکے۔ ہسپتال کے وارڈ میں کبھی وہ روتی اور کبھی مخبوط الحواسی کی کیفیت میں بیٹھی رہتی تھی۔ کبھی کبھی اُسے معمولات میں مصروف دیکھا جاتا تھا۔ اپنے متعلق اس کا خیال تھا کہ وہ اچھی بھلی ہے۔ اگر کبھی اسے کوئی شکایت تھی تو وہ ختم ہو چکی ہے۔

یہ بالکل واضح ہے کہ یہ مریضہ بہت بیمار تھی اور اُسے طبی امداد کی سخت ضرورت تھی۔ صحیح علاج کرنے اور ایسے فیصلے کرنے کے لیے جو اس کی زندگی پر اثر انداز ہوں، پہلے ضروری تھا کہ مرض کی صحیح تشخیص کر لی جائے۔ تشخیص کے بعد ہی یہ فیصلہ کیا جا سکتا تھا کہ اس کا علاج علاجِ نفسی کے ذریعے ہو یا برقی صدمات کے ذریعے۔ یا پھر کسی اور طریقے کو استعمال کیا جائے۔ کیونکہ مختلف امراض سے صحتیاب ہونے کی مدت مختلف ہوتی ہے اس لیے تشخیص ہو جانے کے بعد اس کی صحتیابی کے امکان کے بارے میں بھی کچھ کہا جا سکتا تھا اور اس کے کنبے کے افراد کو اطلاع دی جا سکتی تھی کہ وہ اس کی صحتیابی کی امید رکھیں یا نہ رکھیں۔ کچھ ذہنی امراض میں لوگ خودکشی کی کوشش بھی کرتے ہیں۔ تشخیص کے بعد ہی یہ بھی معلوم ہو سکتا تھا کہ اس مریضہ کی کڑی نگرانی کی ضرورت تھی یا نہیں۔

اس کیس کی تشخیص پیرانوئیائی انتشارِ نفس ر (Paranoid Schizophrenia) کی گئی۔ اس عورت کی پچھلی زندگی اور تشخیص سے فوری طور پر سمجھ میں آگیا ہے کہ اس مرض کی شدید صورت اختیار کرنے میں کئی سال لگ گئے تھے۔ اس کے اسباب مختلف النوع تھے۔ خودکشی کا خطرہ بہت کم تھا۔ علاج کے بعد بہتری کی امید پچاس فی صد سے زیادہ تھی حالانکہ اس کے مکمل طور پر نارمل ہو جانے کا امکان نہیں تھا۔ اس بات کی بھی توقع تھی کہ صحتیابی کی رفتار خاصی سست رہے گی۔ علاج کے لیے سکون آفریں بات ہے۔ منتقل کیا جا سکتا ہے، مسخ کیا جا سکتا ہے اور براہِ راست اظہار سے روکا

بھی جا سکتا ہے۔ ایک شخص تجسس، مسابقت کا جذبہ، سماجی رُتبے کی ضرورت، حصولِ کامیابی کی جدوجہد، آزادی اور دوسروں سے تعلقات کی ضرورت کا اظہار کہاں کرتا ہے اور کرتا بھی ہے یا نہیں، اس کا انحصار اس کی زندگی کے تجربات پر ہے۔ مثال کے طور پر کامیابی حاصل کرنے کی ضرورت کا رخ اور اس کی شدت اس سرزنش اور صلے یا انعام پر منحصر ہے جو متعلقہ شخص کو ماضی میں ہونے والی کامیابیوں اور ناکامیوں کے نتیجے میں ملتے رہے ہیں۔

نفسیاتی تحریکوں کی ایک ذیلی صورت وہ ہے جو انسان کے رگ و ریشے میں اسی طرح پیوست ہے جس طرح بنیادی جسمانی محرکات (Drives) تمام انسانی شفقت و محبت خود کفیلی و خودداری، جذباتی تحفظ اور شرمندگی، جرم اور تشویش کے شدید احساس سے نجات کا محتاج ہے۔ اگر ان ضروریات کی تکمیل نہ ہو سکے تو کردار سے وابستہ مشکلات رُونما ہونے لگتی ہیں۔

تناؤ کی ناخوشگوار کیفیت کو کم کرنا

فرد کو تناؤ کی کیفیت سے ہی اپنی کسی حاجت کا احساس ہوتا ہے۔ اس کی حاجت اُسے مشتعل کرتی ہے اور وہ مطلوبہ شے یا مقصد کو حاصل کرنے کی کوشش میں لگ جاتا ہے۔ مطلوبہ شے کے حصول کے بعد تناؤ کی کیفیت ختم یا بہت کم ہو جاتی ہے۔ بھوکا جانور شکار کے درپے ہو جاتا ہے اور اس سے شکم پُری کر سو جاتا ہے۔ تنہائی کی حالت میں آدمی کو اس وقت تک چین نہیں ملتا جب تک اُسے باتیں کرنے کے لیے کوئی مل نہ جائے۔ اسی طرح جس شخص کی انا کو تشویش سے خطرہ لاحق ہوتا ہے وہ خودکارانہ اور لاشعوری طور پر تشویش اور اس سے پیدا شدہ تناؤ کو کم کرنے کے لیے اظلال (Projection) یا دوسرے دفاعی حیلے اختیار کرتا ہے۔

مقاصد کی مثبت کشش

تحریک سے متاثر کردار ہمیشہ ہی تناؤ کو کم کرنے کے لیے نہیں ہوتا اس لیے کہ مقاصد کی مثبت مثبت تحریک اس طرح کا کردار پیدا کرتی ہے جیسے کسی خوشگوار صورت حال کی تلاش۔ دوسروں کے ساتھ دوستانہ تعلقات پیدا کرنا یا ماحول کی جمالیاتی خوبیوں سے متاثر ہونا یہ دسیاحت، منفی محرکات میں اس قسم کے کردار آتے ہیں جن کا مقصد کسی تکلیف یا تکلیف دہ حالات سے بچنا ہوتا ہے۔ مثلاً بھوک یا کسی جسمانی تکلیف کو دور کرنا، دوسروں کی ناپسندیدگی یا غصہ مول لینے کا خوف، خود اپنے محرکات کا خوف اور احساس کمتری سے نجات وغیرہ وغیرہ۔

مثبت تحریک کے ساتھ دوسروں و خود اپنی ذات کے تئیں پسندیدہ رویہ بھی شامل ہو جاتا ہے۔ اس کے برخلاف منفی تحریک کے ساتھ فرار یا ... سے بچنے کا جذبہ ہوتا ہے اس کے ساتھ اپنی ذات و دوسروں کے لیے ناپسندیدہ احساسات جڑے ہوئے ہوتے ہیں۔

شعوری اور لاشعوری تحریک

اگر تحریک لاشعوری ہے تو اس کا یہ مطلب نہیں ہے کہ اس کا وجود ختم ہو گیا بلکہ اس صورت میں جب کہ وہ فرد کے قابو میں نہ ہو، وہ کردار کو جبری طور پر متاثر کرنا شروع کرتی ہے۔ اگر کسی شخص کے لاشعور میں جارحانہ جذبات موجود ہیں تو وہ جارحانہ حرکتیں کرنے پر گویا مجبور ہوگا حالانکہ شعوری طور پر وہ اس بات سے بے خبر ہوگا کہ اس میں جارحانہ جذبات موجود ہے۔

بامعنی تشخیص اسی وقت ہو سکتی ہے جب کہ تشخیص کرنے والے افراد مرض کی اصناف بندی پر متفق ہوں، یعنی ان مجموعۂ علامات (Syndromes) کی تفصیل پر اتفاق پایا جائے جن کے تحت مختلف علامتیں دیکھی جاتی ہیں۔ ان میں سے کوئی ایک علامت یا چند علامتیں بہ حیثیت مجموعی مرض کا خاص یا مخصوص اظہار کرتی ہیں، باقی علامتیں ثانوی کی صورت میں ہوتی ہیں۔ مثلاً کسی مریض کا یہ کہنا کہ وہ تھکا ہوا، افسردہ یا خوف زدہ ہے۔ معروضی علامتیں مریض کے کردار میں پائی جاتی ہیں۔ مثلاً ناقص یادداشت یا ناموزوں جذباتی ردِ عمل۔

سہولت کے لیے ہم نفسیاتی علامتوں کو پانچ صنفوں میں تقسیم کر سکتے ہیں، حس اور ادراک، ذہانت سے تعلق رکھنے والے اختلال، موڈ سے تعلق رکھنے والے اختلال، پیچیدہ تر ترغیب اور لسانی و حرکی کردار سے تعلق رکھنے والے اختلال۔ ان صنفوں کو مجموعۂ علامات کے ساتھ خلط ملط نہیں کرنا چاہیے۔ اس لیے کہ یہ ایک عام مجموعۂ علامات میں کئی صنفوں سے تعلق رکھنے والی علامتیں شامل ہوتی ہیں۔ مذکورہ بالا مریضہ میں، جو پیرانوئیائی انتشارِ نفس کا شکار تھی، ان پانچوں اقسام کی علامتیں پائی جاتی تھیں۔

اس باب میں خصوصی اہمیت رکھنے والی نفسیاتی علامتوں کی اصناف بندی اور تشریح کی گئی ہے۔ جسمانی علامتیں اور ایسی معمولی نوعیت کی علامتیں جو کم دیکھی جاتی ہیں، نظرانداز کر دی گئی ہیں۔ علامتوں کے جائزے کے مطابق، خصوصی تشخیصی مجموعۂ علامات کا خاکہ تیار کیا گیا ہے اور یہ بحث کی گئی ہے کہ اصناف بندی کا معیاری نظام کس حد تک معتبر (Reliable) ہے۔

پہلے تین تمہیدی نکتوں کی وضاحت کر دینا ضروری ہے۔ پہلی بات تو یہ کہ علامات کی اصناف بندی حقیقت کی تجرید (Abstraction) ہے۔ ایک زندہ انسان ادراک، غور و فکر، احساسات اور عمل سبھی کو بیک وقت بروئے کار لاتا ہے۔ یہ سارے عمل ایک مجموعی صورت میں ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ اس لیے اس مجموعی طرز کو ٹکڑوں میں تقسیم کر دینا ایک طرح سے مصنوعی اور غیر فطری عمل ہے۔ تاہم ان تمام عوامل کو بہتر طور پر سمجھنے کے لیے انھیں ایک دوسرے سے علاحدہ کرنا بھی ضروری ہے۔ دوسری بات یہ کہ کوئی ایک علامت کئی نفسیاتی امراض میں ظہور پذیر ہو سکتی ہے ٹھیک اسی طرح جس طرح بخار کی جسمانی علامت کئی بیماریوں میں پائی جا سکتی ہے۔ نتیجہ یہ ہے کہ کوئی علامت بذاتِ خود اہم نہیں ہوتی بلکہ اہمیت اس چیز کی ہوتی ہے کہ ایک مجموعۂ علامات میں پائی جانے والی دوسری علامتوں کے مقابلے میں اس کا مقام کیا ہے۔ تیسرا نکتہ یہ کہ موجودہ بحث بنیادی طور پر بیانیہ ہے۔ علامتوں اور مجموعۂ علامات کی ابتدا اور حرکیات سے تعلق رکھنے والے مسائل سے آگے آنے والے ابواب میں بحث کی جائے گی۔

ابنارمل کردار کی علامتیں

حس (Sensation) اور ادراک (perception) کا اختلال: دماغ جسم کے حواسِ خمسہ سے عصبی رَو حاصل کرتا ہے اور ان عصبی ہیجانات کو حسیات میں تبدیل کر کے انہیں اشیا کے ادراک کی صورت دیتا ہے۔ اس عمل کے نتیجے میں چیزوں کو دیکھتے ہیں، سنتے ہیں، گرم، سرد، چکنا یا کھردرا محسوس کرتے ہیں۔ بکثرت اشیا میں ہمیں مزے یا بو کا احساس بھی ہوتا ہے۔

کسی بھی حس میں چار ممکنہ طریقوں میں سے کسی ایک طریقے سے خلل پیدا ہو سکتا ہے ۔ یہ سرے سے غائب ہو سکتی ہے ، اس کی شدت میں کمی آسکتی ہے ، شدت میں زیادتی آسکتی ہے یا یہ مسخ ((Distort)) ہو جا سکتی ہے ۔ ہیج کے موجود ہونے پر بھی اس کا احساس نہ ہونے کی کیفیت کو عدم احساس ((Anaesthesia)) کہا جاتا ہے ۔ حسیات میں کمی کو کم حسی (Sen -) کہا جاتا ہے اس کے اضافے کو بیش حسی ((Hyperesthesia)) کو بے سبب احساس یا ((Paresthesia)) کہا جاتا ہے ۔ اختلال کی یہ چاروں قسمیں کسی بھی حس میں واقع ہو سکتی ہیں لیکن مذکورہ بالا اصطلاحات محض حاشیائی جسمانی محسوسات یعنی تکلیف ، لمس ، دباؤ اور حرارت کے لیے استعمال کی جاتی ہیں ۔ عام طور سے دوسری حسوں کے لیے غیر تکنیکی الفاظ کا استعمال کیا جاتا ہے مثلاً بصری بے حسی کے لیے اندھاپن اور سماعتی بے حسی کے لیے بہرا پن وغیرہ ۔

احساس کے تمام اختلال یا تو جسمانی بیماریوں کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں یا جذباتی عوامل کی وجہ سے اس طرح اس عصبی اختلال میں جسے تحویلی ردِ عمل (Conversion Reaction) یا تحویلی ہسٹریا (Conversion Hysteria) کہتے ہیں ، مریض مکمل طور پر اندھا ہو سکتا ہے یا اس کی بصارت میں کمی آسکتی ہے ۔ یہ شکایت بھی ہو سکتی ہے کہ چیزیں ضرورت سے زیادہ چمکیلی معلوم ہوتی ہیں یا اس کی بصارت مسخ ہو سکتی ہے (ایک کی جگہ دو اشیا دکھائی دے سکتی ہیں) تاہم ہسٹریا کے مریض کی جسمانی جانچ سے کسی ایسے عضویاتی سبب کا پتہ نہیں چلتا جس سے یہ علامتیں پیدا ہوئی ہوں ۔ اس کی ایک اور مثال یہ ہے کہ اکثر ہسٹریا کے مریضوں میں دستانوی بے حسی پائی جاتی ہے یعنی ہاتھ کے نیچے سے لے کر کلائی تک کے اس حصے کی بے حسی جو دستانے سے ڈھکا جا سکے چونکہ اعصاب کی تقسیم میں کوئی مماثل نمونہ نہیں ہے ۔ اس لیے اس علامت کی کوئی عصبی بنیاد نہیں ہوتی ۔ تحویلی ہسٹریا یا بعض دوسرے نفسی امراض کے مریضوں میں کسی بھی احساس کا اختلال ظاہر ہو سکتا ہے ۔ انتشار نفس کے اکثر مریض اس کی شکایت کرتے ہیں کہ ان کے جسم کے اندر بعض ناخوشگوار احساسات ہو رہے ہیں یا انھیں خوشگوار قسم کی بو اور آوازوں کا احساس ہو رہا ہے ۔

اب احساس ((Sensation)) سے ادراک ((Perception)) کی طرف آئیے ۔ پہلے تو ادراک کی دو علامتوں التباس (Illusion) اور فریب ادراک (Hallucination) کو ایک دوسرے سے ممیز کر لیا جائے تو بہتر ہوگا ۔ التباس کسی خارجی اور حقیقی ہیج کی غلط تشریح

کو کہتے ہیں جب کہ فریب ادراک ایک ایسا ادراک ہے جس کا انحصار کسی خارجی ہیج پر نہیں ہوتا۔ التباس گویا ادراک کی غلط فہمی ہے اور فریب ادراک ایک غلط ادراک ہے جس کی کوئی حقیقی بنیاد نہیں ہوتی۔ ان دونوں کا تعلق بصارت، سماعت، لمس، ذائقہ غرضیکہ کسی بھی احساس سے ہو سکتا ہے۔ نظری التباس کے شکار نارمل افراد بھی ہو سکتے ہیں لیکن ذہنی مریضوں میں ان کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے۔ دوسرے وہ شدید نوعیت کے ہوتے ہیں۔ ایک ایسا شخص جو نیم غنودگی کی کیفیت میں ہے، سائے کو کتا بھی سمجھ سکتا ہے لیکن انتشارِ نفس کا مریض دوستانہ گفتگو کو بھی دھمکی آمیز اور جارحانہ سمجھ سکتا ہے۔

نارمل انسانوں میں فریب ادراک خوابوں کی صورت میں ظہور پذیر ہوتا ہے یا خواب و بیداری کے درمیان پائی جانے والی غنودگی کی کیفیت میں۔ مکمل بیداری کی صورت میں فریب ادراک (خصوصیت سے بصری فریب ادراک) دماغی عارضوں کے دوران ہی ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ غیر بصری فریب ادراک بھی نارمل انسانوں میں شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں لیکن کئی نفسیاتی عارضوں میں یہ بہت عام ہیں اور بہت واضح صورت میں پائے جاتے ہیں۔ انتشار نفس کے مریض کو ایسی آوازیں سنائی دے سکتی ہیں جن سے اُسے محسوس ہو کہ لوگ اس پر ہنس رہے ہیں یا اس کی توہین کر رہے ہیں یا اس کے لیے مختلف احکامات صادر کر رہے ہیں جن کے مطابق اُسے مختلف کام کرنے ہیں۔ مثال کے طور پر ایک شخص کو بار بار یہ آواز سنائی دیتی تھی "میری کو قتل کرو" میری کو قتل کرو (میری اس کی لڑکا کا نام تھا)۔ فریب ادراک پر مبنی احکامات سننے والے شخص کے لیے بالکل حقیقی ہوتے ہیں وہ ان پر عمل کرے یا نہ کرے اُسے اس بات کا پورا پورا یقین ہوتا ہے کہ وہ ایسی آوازیں سن رہا ہے۔

ادراک کی ایک اور علامت ہے جسے ہم شعور کا ابہام ((Clouding of Consciousness) کہتے ہیں۔ اس علامت میں متاثرہ فرد کا شعور ابہام یا دھندلے پن کا شکار ہو جاتا ہے۔ وہ اپنے ماحول پر پوری توجہ نہیں دے پاتا۔ دماغ کو شدید قسم کا نقصان پہنچے یا کوئی انسان شدید جذباتی انتشار کا شکار ہو جائے تب ہی ایسا ہوتا ہے۔ دونوں صورتوں میں حقائق ذہن پر پوری طرح اثر انداز نہیں ہو پاتے۔

ذہانت و خیالات کا اختلال

ایک نارمل انسان کی تعریف یہ ہے کہ اس کی ایک نارمل ذہنی سطح ہوتی ہے۔ ابنارمل علامت

کی چار بنیادی صورتیں ہیں۔

(ایک) پیدائشی فقرِ ذہنی (دو) آئندہ زندگی کے کسی دَور میں ذہنی صلاحیتوں کا انحطاط۔ (تین) ذہنی صلاحیت کے اعتبار سے ذہن کی کم عملی (چار) حافظے اور غور و فکر کی صلاحیت کا انحطاط جس کے ساتھ ذہنی صلاحیتوں کا انحطاط بھی شامل ہو سکتا ہے مگر ضروری نہیں ہے۔

پیدائشی فقرِ ذہنی

وہ افراد جن کی قدرِ ذہانت (I.Q.) پیدائشی طور پر 70 یا اس سے کم ہے۔ ذہنی طور پر پچھڑے ہوئے قرار دیے جاتے ہیں۔ ان افراد میں سوچنے سمجھنے (خصوصیت سے غیر مرئی تصورات کو سمجھنے) سیکھنے، یاد رکھنے، مختلف اشیا کو ممیز کرنے، فیصلے کرنے اور مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت بہت کم ہوتی ہے۔ جن افراد کی قدرِ ذہانت پچاس سے بھی کم ہوتی ہے ان میں اکثر ذہنی کے ساتھ جسمانی نقائص بھی پائے جاتے ہیں۔

ذہنی صلاحیتوں کا انحطاط

یہ زندگی کے کسی بھی دور میں شروع ہو سکتا ہے گو کہ بڑھاپے سے پہلے ایسا کم ہی ہوتا ہے۔ زیادہ تر یہ انحطاط دماغی عارضوں کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ایک ایسا شخص جو الجبرا کے مشکل سوال حل کر لیتا ہو، ذہنی انحطاط کا شکار ہونے پر معمولی اعداد کی جمع بھی نہیں کر پاتا۔ اس کے لیے دو اشیا کا موازنہ کرنا مشکل ہو جاتا ہے۔ مثال کے طور پر وہ ایک مچھلی یا پرندے کی مشابہت یا فرق تک کو نہیں بتا سکتا۔ اس کی ایک دن کی یادداشت بھی قابلِ بھروسہ نہیں رہ جاتی۔ مثلاً وہ یہ نہیں بتا سکتا کہ اس نے صبح ناشتے میں کیا کھایا تھا یا کچھ دیر پہلے وہ کیا کر رہا تھا۔

دماغ ذہانت آمیز کردار کا مرکز ہے اس لیے دماغی عارضوں کے دوران ذہانت کا کم ہو جانا کوئی تعجب خیز امر نہیں۔ تفاعلی عارضوں (Functional Disorders) مثلاً انتشارِ نفس میں بھی بنیادی ذہنی صلاحیت کم ہو جاتی ہے یا نہیں، یہ ایک سوال ہے جس پر اتفاقِ رائے نہیں پایا جاتا اس کی وجہ یہ ہے کہ ذہانت کی جانچ کے دوران ایسے مریض کا تعاون حاصل کرنا بہت مشکل کام ہے۔

ذہنی کارکردگی کا اصل صلاحیت کے مقابلے میں بہت کم ہو جانا

عام طور پر ذہنی صلاحیت اور ذہنی کارکردگی کے درمیان فرق شدید جذباتی انتشار کے دوران ہی پایا جاتا ہے۔ یوں تو کوئی بھی شخص اپنی ذہنی صلاحیتوں سے پورا استفادہ نہیں

کر پاتا لیکن کچھ افراد ایسے ہوتے ہیں جن کی پوری طاقت جذباتی مسائل اور جذباتی الجھنوں سے جدّوجہد کرنے میں صرف ہوتی رہتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دوسرے مسائل پر صرف کرنے کے ان کے پاس کچھ نہیں بچتا۔ اس طرح اصلی صلاحیت اور اس کے استعمال کے درمیان بڑی زبردست خلیج آجاتی ہے۔ یہ علامت اکثر ذہنی اختلال کے مریضوں میں پائی جاتی ہے جو خواب بیداری (Daydreaming) میں بہت زیادہ مصروف رہتے ہیں یا ضرورت سے زیادہ متفکّر رہتے ہیں۔

مسخ شدہ حافظہ اور قوت خیال

یاد داشت کا مرضیاتی نقصان جسے نسیان (Amnesia) کہتے ہیں۔ دماغ کے عضویاتی مجموعۂ علامات میں پایا جاتا ہے یا ایک مخصوص عصبی اختلال میں جیسے افتراقی ردِّعمل (Dissociative Reaction) کہتے ہیں۔ نسیان دو طرح کا ہوتا ہے۔ پہلی قسم (Anterograde) کہلاتی ہے۔ اور دوسری قسم (Retrograde) ۔ اول الذکر میں متاثرہ شخص ان واقعات کو بھول جاتا ہے جو کسی ایک مخصوص واردات کے بعد رُونما ہوتے ہیں مثلاً سر کی چوٹ یا کوئی جذباتی صدمہ وغیرہ مؤخر الذکر میں ان واردات سے پہلے کے واقعات یاد نہیں رہتے جس کی وجہ سے یاد داشت پر ضرب آئی ہے۔ یہ دونوں اقسام ساتھ ساتھ بھی ظہور پذیر ہوسکتی ہیں۔ کھوئی ہوئی یاد داشت عموماً بے خبری (Disorientation) کے ساتھ ہوتی ہے۔ یعنی متاثرہ شخص وقت، مقام اور اشخاص کو پہچاننے کی صلاحیت کھو بیٹھتا ہے جس کا لازمی نتیجہ بدحواسی ہے۔ اس صورت میں اکثر شعور کا ابہام بھی رُونما ہوتا ہے۔ کبھی کبھی مریض کی یاد داشت مکمل طور پر مسخ ہوجاتی ہے۔ نسیان کی وجہ سے جو خلا پیدا ہوتا ہے اس کو بھرنے کے لیے مریض تصوراتی واقعات سے کام لینے لگتا ہے۔ اس کیفیت کو یاد سازی ((Confabulation)) کہتے ہیں۔ اگر ایسے کسی مریض سے اُس کی دن بھر کی روداد پیش کرنے کو کہا جائے تو وہ بڑے اعتماد اور یقین کے ساتھ بتائے گا کہ وہ کسی دور دراز شہر سے آرہا ہے۔ اس شہر کے متعلق وہ بڑی لمبی چوڑی کہانی پیش کرے گا۔

یاد داشت کھو بیٹھنے کی صورت میں ایک اور کیفیت پیدا ہوتی ہے وہ ہے مادّی فرار جس کے لیے دَوْر خود فراموشی (Fugue) کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ اس کا مریض اپنے لیے ایک نئی شخصیت تخلیق کرلیتا ہے۔ پرانے واقعات وہ یکسر بھول جاتا ہے۔ خود کو وہ ایک نیا

نام دیتا ہے۔ اس صورت میں یہ بھی ہو سکتا ہے کہ وہ ایک نیا پیشہ اختیار کر لے نئے سرے سے اپنا کنبہ بسائے اور از سرِ نو زندگی کی شروعات کرے۔

خیالات کی ترتیب، طریقِ فکر اور مواد کو متاثر کرنے والے نقائص بہت سے عضویاتی عارضوں اور تفاعلی جنون کی اقسام کی خصوصی علامات میں سے ہیں۔ یہ نقائص ذہنی کارکردگی کو عصباتی نااہلیت سے بھی زیادہ متاثر کرتے ہیں۔ ایک مسخ شدہ خیال یا عقیدہ جو حقیقت سے ذرا بھی میل نہ کھاتا ہو (مثلاً کسی شخص کا یہ سوچنا کہ اس نے ایسی مشین ایجاد کی ہے جس سے لوگوں کو حیاتِ ابدی دی جاسکے) یقیناً روزانہ زندگی میں استعمال آنے والی ذہنی قوت کی راہ میں بہت بڑی رکاوٹ ثابت ہوگی۔

خیالات کی ترتیب کئی طریقوں سے مسخ ہو سکتی ہے۔ "خیالات کی اڑان" اس کی ایک صورت ہے اس کے تحت ایک شخص ایک خیال سے دوسرے خیال تک بڑی تیزی سے پہنچ جاتا ہے۔ ان خیالات کے درمیان کوئی ربط موجود نہیں ہوتا، محض ناموافق یادداشت انھیں ایک دوسرے سے جوڑتی ہے یا پھر کسی لفظ کی صوتی مشابہت کی وجہ سے وہ ایک بات کرتے کرتے دوسری بات تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ خیالات خارجی ماحول میں پائے جانے والے کسی ہیجان کے دخل انداز ہوتے ہی فوراً ٹوٹ بھی جاتے ہیں۔ مثال کے طور پر یہ گفتگو ملاحظہ ہو:۔

"میرے ایک دوست مسٹر کوئین ہیں۔ کوئین آف انگلینڈ کی تصویر آج صبح اخبار میں تھی۔ بہت دن پہلے میں اخبار بانٹنے کا کام کیا کرتا تھا۔ بھلا آج کی خبر کیا ہے؟ میری ناک پر خراش آگئی ہے۔ ۔ ۔ ۔" یہ خیالات کی اُڑان کی یہ کیفیت انتشارِ نفس اور مانیا (Mania) کی مختلف اقسام میں پائی جاتی ہے۔ مانیا میں اکثر ایتلاف (Association) کی ترتیب کو سمجھنا آسان ہوتا ہے لیکن انتشارِ نفس کے مریضوں میں خیالات اس قدر بکھر جاتے ہیں کہ سننے والے کی سمجھ میں کچھ نہیں آتا۔

اس کے برعکس ایک اور کیفیت ہے جس میں خیالات میں تعویق (Retardation) آجاتی ہے یعنی مریض کے سوچنے کا عمل بہت ہی سست ہو جاتا ہے اس کے علاوہ اسے خیالات کو ذہن میں لانے اور ان کا اظہار کرنے کے لیے سخت کوشش کرنی ہوتی ہے۔ یہ علامت اضمحلال (Depression) کا خاصہ ہے۔ اس سے ملتی جلتی کیفیت خیالات میں رُکاوٹ (Blocking of ideas) کی ہوتی ہے۔ اس کیفیت کے تحت خیالات کی ترتیب میں اچانک روک

لگ جاتی ہے۔ اس سے متعلقہ شخص کو یقیناً بڑی کوفت ہوتی ہے۔ حالانکہ یہ صورت حال انتشارِ نفس میں بہت عام ہے تاہم کبھی کبھی شدید جذباتی تناؤ کی کیفیت میں نارمل اشخاص میں بھی پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک اور نقص خیالات کا دیوالیہ پن (Impoverishment of ideas) کہلاتا ہے۔ اس میں مریض کے پاس محض چند خیالات رہ جاتے ہیں جنھیں وہ ایک مخصوص بندھے ٹکے انداز میں دہراتا رہتا ہے۔ خیالات کا یہ فقدان یا دیوالیہ پن فتورِ ذہنی (Mental deficiency) عضویاتی دماغی مجموعۂ علامات اور انتشارِ نفس میں بہت عام ہے۔ آخری نقص جو فکری عمل میں آجاتا ہے وہ ہے شرح و بسط (Circumstantiality) یہ اصطلاح خیالات والفاظ کی ایک ایسی لڑی کے لیے استعمال ہوتی ہے جس میں غیر ضروری تفصیلات کو خواہ مخواہ اُجاگر کیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر انتشارِ نفس کے ایک مریض سے پوچھا گیا کہ ہسپتال میں داخل ہونے سے پہلے وہ تنہا رہتا تھا یا اپنے والدین کے ساتھ تو اس سوال کا جواب دینے میں اس نے چالیس منٹ سے زیادہ لگا دیے ظاہر ہے یہ وقت قطعی بیکار اور مضحکہ خیز حد تک غیر ضروری تفصیلات کے بیان میں لگایا گیا تھا۔

غور و فکر کے طریقوں میں جو نقائص آتے ہیں ان میں سے ایک اہم نقص یہ ہے کہ متعلقہ فرد محض ٹھوس حقائق کے بارے میں ہی سوچ سکتا ہے۔ غیر مرئی اشیا کے بارے میں نہیں۔ اس کے علاوہ تعمیم (Generalization) بھی اس کے بس سے باہر ہوتی ہے۔ ایک اور نقص تخیل پرستانہ فکر (Autistic Thinking) کہلاتا ہے۔ اس میں فرد کی فکر اور اس کی منطق کا حقیقت سے کوئی تعلق نہیں رہ جاتا۔ اس کی فکر اس کے اپنے عجیب و غریب اور داخلی نوعیت کے دلائل پر مبنی ہوتی ہے۔ ان دونوں طریقوں کے فرق کو اچھی طرح سمجھنے کے لیے ایک مثال لیجیے۔ انتشارِ نفس کے دو مریضوں سے کہا گیا کہ وہ اس محاورے کی تشریح کریں "A Stitch in time, saves nine" (وقت پر ایک ٹانکا لگا لیا جائے تو نو ٹانکے لگانے کی زحمت سے بچا جا سکتا ہے)

تشریح نمبر 1 : اگر آپ کا کپڑا کہیں سے پھٹ گیا ہو اور آپ اس کو فوراً سی لیں تو آپ کا وقت بچے گا (نقص نمبر 1۔ صرف ٹھوس باتوں تک پہنچ سکتا ہے۔

تشریح نمبر 2 : اگر میں ایک ٹانکا وقت سے پہلے لگاوں تو دوسرے ٹانکے کو نوگنا بہتر طریقے سے لگا سکوں گا۔ (نقص نمبر 2) داخلی نوعیت کے بے تکے دلائل)۔

غور و فکر کے مواد ((Content)) میں آنے والے نقائص عصبی اختلال میں بہت عام ہیں ان کی ایک صورت وہم مسلّط ((Obsession)) ہے۔ وہم مسلّط کا مطلب ہے شعور میں کسی غیر مطلوبہ یا ناخوشگوار خیال یا اضطراری خواہش کی مسلسل تکرار اور دخل اندازی۔ اس کے علاوہ اس ذیل میں مرضیاتی خوف ((Phobia)) بھی آتے ہیں۔ مرضیاتی خوف ایسے خوف کو کہتے ہیں جو بے بنیاد ہو اور جس کی کوئی وجہ حقیقی ماحول میں موجود نہ ہو۔ بے بنیاد ہونے کے علاوہ اس کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ یہ شعور پر مستقل قبضہ جما لیتا ہے۔ وہم مسلّط اور مرضیاتی خوف دونوں ہی عصبی اختلال کی کچھ خاص اقسام کی بہت اہم علامتوں میں شمار کیے جاتے ہیں۔

فکر کے مواد کی سب سے زیادہ ڈرامائی اور نمایاں طور پر مسخ شدہ شکل واہموں میں ملتی ہے۔ واہمے کی تعریف کے لیے ہم کہہ سکتے ہیں کہ یہ ایک ایسا غلط یقین ہے جو متعلقہ فرد کے خود اپنے علم اور تجربے سے بھی ہم آہنگ نہیں ہوتا ہے۔ منطقی دلائل اور معروضی ثبوت واہمے کی تائید نہیں کرتے۔ واہمہ متعلقہ شخص کے تہذیبی گروپ میں بھی نہیں پایا جاتا۔ اس کے باوجود وہ شخص اس پر سختی سے قائم رہتا ہے۔ واہمے جنون کی بہت سی اقسام میں ملتے ہیں۔ ان کے ساتھ مسخ شدہ ادراک کی کچھ صورتیں (مثلاً التباس اور فریب ادراک) تخیل پرستانہ فکر (Autistic Thinking) اور تاثرات کے عارضے بھی موجود ہوتے ہیں۔ فریب ادراک کا واہموں سے خصوصی نوعیت کا قریبی تعلق ہے۔ عالم خیال میں سنائی دینے والی اہانت انگیز آوازیں جنون میں مبتلا شخص کے اس واہمے کی تصدیق کرتی ہیں کہ اس کے خلاف سازش کی جا رہی ہے اور لوگ اس کے درپے آزار ہیں۔ دوسری طرف اس کا واہمۂ ایذا رسانی (Delusion of persecution) ان اہانت انگیز آوازوں کی تائید کرتا ہے۔

واہمۂ حوالہ (Reference)

یہ ایک غلط مفروضہ ہے جس کے تحت متاثرہ فرد سوچتا ہے کہ آس پاس موجود لوگوں کی گفتگو چہرے کے تاثرات یا دوسرے اہم اشاروں میں اسی کا حوالہ دیا جا رہا ہے۔ اس کا خیال ہوتا ہے کہ اجنبی اس کو گھورتے ہیں، اس کے متعلق گفتگو کرتے ہیں بلکہ زیادہ امکان اس بات کا ہے کہ لوگ اس پر نکتہ چینی کرتے ہیں۔

واہمۂ رسوخ

اس کے تحت متاثرہ فرد سوچتا ہے کہ دوسرے افراد کو بذریعہ تحر قابو میں کرسکتا

ہے یا دوسرے افراد سحر یا مافوق الفطرت قوتوں کے ذریعے اس پر قابو پانے کی کوشش کر رہے ہیں خصوصیت سے اس لیے کہ اس کو کسی غلط مقصد کے لیے بطور آلۂ کار استعمال کرسکیں۔

واہمۂ ایذارسانی

اس میں متعلقہ فرد کو یہ یقین ہوتا ہے کہ دوسروں نے اپنے نامطلوب توجہ یا سازش کے لیے اسے منتخب کر لیا ہے ان کا رویّہ جارحانہ ہے اور ان کا مقصد اس کو نقصان پہنچانا ہے وہم حوالہ، وہم سازش اور رسوخ پیرانوئیائی جنون (Paranoid Psychosis) کی نمایاں علامات ہیں اس کے علاوہ یہ کئی تفاعلی (Functional) اور عضویاتی (Organic) نفسی اختلال کی صورتوں میں بھی پائی جاتی ہیں جن میں مریض دوسروں کو شک کی نظر سے دیکھتا اور ان کے متعلق غلط عقائد رکھتا ہے۔

واہمۂ عظمت

اس کے تحت مریض اپنی کامیابیوں، اہمیت اور اوصاف کے متعلق غیر حقیقی اور مبالغہ آمیز تصورات میں مبتلا ہوتا ہے۔ مثلاً اپنی دولت، شہرت، طاقت، علم اور جنسی قوت کو اصل سے کہیں زیادہ سمجھتا ہے۔ یہ فرد کی اپنی جسمانی اور جذباتی صحت کے متعلق ایک مبالغہ آمیز تصور ہے جو مانیا اور ایسے جنونوں کی مختلف اقسام میں پایا جاتا ہے جن میں پیرانوئی (Paranoid) کیفیات موجود ہوں۔ اکثر اس واہمہ میں مبتلا لوگ خود کو بڑی اہم ہستیوں کے روپ میں دیکھنے لگتے ہیں مثلاً عیسیٰ مسیح، پنولین، پوپ وغیرہ۔ واہمۂ عظمت وقت کی تہذیبی اقدار کی عکاسی بھی کرتا ہے (مثلاً 1982 میں ہسپتال میں بھرتی ہونے والا ایک نوجوان مریض خود کو ایلوس پریسلی (Elvis Presley) سمجھتا تھا۔ اور یہ کہ الزبتھ ٹیلر اس کی محبوبہ تھی۔ (ایلوس پریسلی اپنے وقت کا بہت بڑا جعلساز تھا۔)

اپنے آپ کو مجرم ٹھہرانے، خود پر الزامات عائد کرنے اور نااہلیت کے احساس کے واہمے ان لوگوں میں پائے جاتے ہیں جو شدید اضمحلال (Depression) کا شکار ہوتے ہیں۔ یہ واہمے تاثراتی جنون (Affective Psychoses) کی اقسام میں پائے جاتے ہیں۔ ان میں وہ مجموعۂ علامات (Syndromes) شامل ہوتے ہیں جن میں افسردگی و

اضمحلال خصوصیت سے نمایاں ہوں اور اس کے علاوہ یہ ان عوارض میں بھی پائے جاتے ہیں جن میں اضمحلال کی ثانوی حیثیت ہوتی ہے مثلاً انتشارِ نفس، کچھ ہیرانوئیائی کیفیات اور کچھ عضویاتی دماغی مجموعۂ علامات۔

جسمانی واہمہ (Somatic Delusion) ایک ایسا غلط خیال ہے جس کے تحت فرد سوچتا ہے کہ اس کے جسم کی ساخت یا افعال میں کچھ نقص پیدا ہو گیا ہے۔ یہ علامت بھی اضمحلال سے وابستہ جنون کی اقسام یا انتشارِ نفس کی مختلف صورتوں میں پائی جاتی ہے۔ مریض پورے یقین کے ساتھ سوچتا ہے کہ یا تو اس کا دماغ خشک ہو کر سکڑ گیا ہے یا پورا جسم کینسر سے بھر گیا ہے وغیرہ وغیرہ۔

اس واہمے کی ایک دل چسپ صورت وہ ہے جس کے تحت مریض سوچنے لگتا ہے کہ اس کے جسم کا مکمل یا جزوی طور پر کوئی وجود ہے ہی نہیں، وہ ایک سایہ ہے جسے لوگ انسان سمجھ رہے ہیں یا اس کا دماغ، معدہ یا اسی قسم کا کوئی عضو غائب ہو گیا ہے۔ اس واہمے کو واہمۂ انکار (Nihilistic Delusion) کہتے ہیں۔

زیادہ تر واہموں کی خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ ان پر پورے بھروسے کے ساتھ یقین کیا جاتا ہے۔ اس یقین میں بڑی زبردست شدت پائی جاتی ہے۔

حقیقت کی غلط تشریح کرنے والی کچھ کیفیات اور بھی ہیں ضروری نہیں ہے کہ وہ بھی اتنی ہی شدت کے ساتھ رونما ہوں۔ ان میں اپنی ذات کو غیر حقیقی سمجھنا، دوسروں کو نہ پہچاننا یا کسی شخص کو پہلی بار دیکھ کر مصر ہونا کہ اس کو پہلے بھی کہیں دیکھا ہے، شامل ہیں (آخر الذکر واہمہ نارمل افراد میں بھی موجود ہوتا ہے لیکن اول تو اس میں اتنی شدت نہیں ہوتی دوسرے یہ نارمل افراد میں کم اور ذہنی مریضوں میں زیادہ پایا جاتا ہے)۔

انتشارِ جذبہ (DISORDER AFFECT)

احساس، ادراک اور خیالات کے ساتھ ساتھ جذباتی ردِ عمل کا وجود ہمیشہ پایا جاتا ہے۔ کبھی تو یہ ردِ عمل واضح، شعوری محسوسات کی صورت میں ہوتا ہے اور کبھی مبہم۔ کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ جذباتی ردِ عمل شعور کی پہنچ سے قطعاً باہر ہو۔ ذہنی مریض کے خوشی، رنج فخر، شرم، محبت، نفرت، لطف و راحت، اور خوف کے جذبات نارمل افراد میں پائے

جانے والے جذبات سے کسی نہ کسی حد تک مختلف ضرور ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر اس میں احساسِ گناہ یا تو اکثر اور بہت شدید ہوتا ہے یا برائے نام اور شاذ و نادر یا تو وہ محبت کرنے کا اہل نہیں ہوتا یا شدید قسم کی نفرت سے مغلوب رہتا ہے جذباتی الجھنیں خواہ شعوری ہوں یا غیر شعوری، بہت سے نفسیاتی عارضوں میں مرکزی حیثیت کی حامل ہوتی ہیں۔

جو جذباتی ردِّعمل شعوری سطح پر ہوتے ہیں انہیں اکثر تاثراتی تجربات یا محض تاثر (Effect) کا نام دیا جاتا ہے۔ ایک ایسا تاثر جو کچھ عرصے تک برقرار رہ جائے، موڈ یا محسوسات کی اوسط لہر (Average feelingtone) کہلاتا ہے۔ تاثرات جب نارمل کیفیت سے منحرف ہوتے ہیں، تو وہ چار شکلیں اختیار کر سکتے ہیں۔ (۱) ان کی شدت غیر ضروری طور پر کم یا زیادہ ہو سکتی ہے (۲) وہ ایک دوسرے سے متصادم ہو سکتے ہیں (۳) ان کی تغیر پذیری (Variability) میں کمی یا زیادتی ہو سکتی ہے (۴) وہ خارجی صورتِ حال کے لیے ناموزوں ہو سکتے ہیں۔ (مثلاً رونے کا موقعہ ہو تو ہنسنے لگنا)

تاثر کی شدت میں غیر ضروری کمی و زیادتی

صحت مندی کا احساس، اُداسی، خوف اور غصہ وغیرہ ایسے جذبات ہیں جو ایک معتدل صورت میں نارمل اشخاص میں رُونما ہوتے رہتے ہیں۔ ان تاثرات کی غیر ضروری شدت بہت سے نفسیاتی عارضوں کا خاصہ ہے۔ یہ ہیجان انگیز مسرت، افسردگی، بے بنیاد تشویش یا مرضیاتی غصے کی صورت اختیار کر سکتے ہیں۔ ہیجان انگیز یا مرضیاتی مسرت (Euphoria) کا جذبہ مانیا اور پیرانوئیائی عوارض میں بہت عام ہے۔ اس حالت میں فرد کی طبیعت کے موزوں ہونے کا احساس مبالغے کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ خاص طور سے وہ خود کو ضمیر کی گرفت سے آزاد سمجھتا ہے۔ تاہم مسرت کی یہ زیادتی بالکل سطحی ہوتی ہے اس لیے کہ ایسے شخص میں معمولی سی الجھن بھی چڑچڑا پن پیدا کر دیتی ہے۔

ہیجان انگیز مسرت کے علاوہ باقی تمام مرضیاتی تاثرات ناخوشگوار ہوتے ہیں اضمحلال میں ایک مریضانہ اُداسی، جسمانی تکلیف کا احساس احساسِ جرم اور شدید قسم کی پشیمانی پائی جاتی ہے۔ ایسے شخص کے چہرے اور آواز کے تاثرات غمناک ہوتے ہیں اور اسے اکثر یہ فکر رہتی ہے کہ یہ میں نے کیا کیا؟ مجھے زندہ رہنے کا حق نہیں ہے۔

تشویش میں تناؤ، بے چینی اور شک کے تاثرات پائے جاتے ہیں۔ تشویش میں مبتلا شخص کو کسی خطرے یا حادثے کی توقع بے چین رکھتی ہیں حالانکہ یہ خطرہ اس کے ذہن میں واضح طور پر موجود نہیں ہوتا ہے۔

اگر ذہن میں کوئی مخصوص خطرہ یا خوف موجود ہو تو یہ مرضیاتی خوف ((Phobia)) کی صورت اختیار کر لیتا ہے۔ مرضیاتی خوف کا ذکر پہلے ہی آچکا ہے۔ تشویش ایک بہت ہی پیچیدہ مظہر ہے کبھی یہ ایک تاثر کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے اور کبھی ایک محرک کے یا ترغیبی کیفیت کی صورت میں۔ اس کے علاوہ یہ کسی شعوری یا غیر شعوری طور پر متوقع خطرے کے تئیں ایک شدید ردّ عمل بھی ہے۔ نارمل افراد بھی تشویش کے خلاف دفاع کے سامان کرتے رہتے ہیں۔ یہ دفاعی تدابیر اختباس (Repression)، اظلال ((Projection)) اور تاویل ((Rationalization)) کی صورت میں ظاہر ہوتی ہیں۔ ان کا تفصیلی بیان آگے آنے والے ابواب میں کیا جائے گا۔

غصّے اور جارحیت میں بہت قریبی تعلق پایا جاتا ہے۔ جارحیت انسانی محرکات کے بنیادی عنصر میں سے ہے۔ مرضیاتی طور پر شدید غصّہ جارحیت کے ایک ایسے عمومی رجحان کی شکل اختیار کر لیتا ہے جس کا رُخ ہر شخص اور ہر شے کی طرف ہوتا ہے۔ کبھی کبھی اس کا رُخ خصوصی اشیا یا مخصوص انسانوں کی طرف بھی ہو جاتا ہے۔

اس کے برعکس بے حسی ((Apathy)) میں انسان نہ تو ہیجانی طور پر خوش ہوتا ہے نہ مضمحل، نہ تو تشویش کا اظہار کرتا ہے نہ غصّے کا۔ بے حسی تمام جذبات کا خاتمہ کر کے جذبات کو خشک کر دیتی ہے۔ یہ کیفیت ان عضویاتی مجموعۂ علامات میں پائی جاتی ہے جس کا تعلق دماغ سے ہے۔ ان کے علاوہ انتشار نفس میں بھی ملتی ہے۔

متصادم تاثرات

دو رُخی جذبے ((Ambivalence)) کی اصطلاح ایسی جذباتی کیفیت کا اظہار کرتی ہے جس میں ایک ہی شے، شخص یا مقصد کے لیے دو مختلف قسم کے جذبات پائے جائیں۔ مثال کے طور پر عصبی اختلال کی ایک مریضہ میں اپنے شوہر کے لیے محبت و نفرت دونوں جذبات جاگزیں تھے۔ کسی ایک ہی شے کے لیے اس طرح کی دو متصادم جذبات یکجا ہو جائیں تو فکر و عمل کی صلاحیت پر بُرا اثر پڑتا ہے۔ اس کیفیت کی شدّت قوّت فیصلہ کو مفلوج کر دیتی ہے۔ تقریباً

ہر تفاعلی عارضے میں یہ کیفیت پائی جاتی ہے۔

تاثر کی تغیر پذیری میں کمی و بیشی

تاثرات میں غیر ضروری تلون پایا جا سکتا ہے۔ یا وہ نارمل سے کہیں کم تغیر پذیر ہو سکتے ہیں۔ ہر فرد میں اس کے تاثرات کے تغیر کی ایک اوسط سطح ہوتی ہے۔ اس کے مطابق اس میں ردّوبدل ہوتے رہتے ہیں۔ خاکہ نمبر 'الف' میں تاثرات کے تغیر و تبدل کی نارمل صورت اور اس کے تین منحرف حالات کو ظاہر کیا گیا ہے۔ یہ تغیر و تبدل دو انتہائی صورتوں یعنی ہیجان انگیز مسرت اور اضمحلال کے درمیان دکھائے گئے ہیں۔ خاکے کے بائیں طرف دیکھیے تو ظاہر ہو گا کہ کسی نارمل شخص کے جذبات میں آنے والی تبدیلیاں ایک مخصوص معتدل سطح کے آس پاس ہی ہوتی رہتی ہیں۔ یہ معتدل سطح نہ تو نمایاں طور پر ہیجانی مسرت کو ظاہر کرتی ہیں نہ افسردگی کو۔ دوسرا خاکہ ایسی کیفیت کا آئینہ دار ہے جس میں ہیجانی مسرت اچانک ہی شدید افسردگی میں تبدیل ہو جاتی ہے۔ تیزی کے ساتھ آنے والے جذباتی اتار چڑھاؤ ہیجانی مسرت کے خاص وصف ہیں۔ تیسرے خاکے میں بے حسی کی کیفیت ہے۔ اس میں تغیر پذیری کا فقدان ہے۔ اس میں ایک شدید قسم کی ناخوشگوار کیفیت ایک اوسط درجے کی سطح پر ہمیشہ قائم رہتی ہے۔ یہ کیفیت جنونی اضمحلال (Psychotic Depression) کا خاصہ ہے۔

بے محل و ناموزوں تاثرات

ناموزوں تاثر اپنی کیفیت (Qualitative) کے اعتبار سے اس تاثر سے قطعی مختلف ہوتا ہے جو کسی مخصوص صورت حال میں لوگوں کی اکثریت میں پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر اگر ایک ایسی صورت حال جس میں لوگوں کی اکثریت غمگین ہوگی، کوئی شخص خوشی محسوس کرے تو اس کا یہ جذبہ ناموزوں کہلائے گا۔ ناموزوں تاثرات انتشار نفس کے مریضوں میں پائے جاتے ہیں اور ان کے جذبات، خیالات و خارجی عمل میں تناسب اور موافقت کے بنیادی فقدان کو ظاہر کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر اگر انتشار نفس کے کسی مریض سے آپ کہیں کہ اس کا کوئی دوست مر گیا ہے تو وہ یہ جانتے ہوئے بھی کہ یہ ایک غمناک حادثہ ہے، ہنسنا شروع کر دے گا۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ اس کے تاثرات اور ظاہر کردار اس کی باخبری (...tive Awareness) سے

کوئی تعلق ہی نہیں رکھتے اور وہ رونے کی جگہ ہنسنا شروع کر دیتا ہیں۔

تحریک کا انتشار

تحریک کی تعریف اس طرح کی جا سکتی ہے کہ یہ حالات کی مختلف النوع صورتوں کے تئیں ایک مخصوص ردّ عمل پیش کرنے کی آمادگی ہے۔ یعنی تحریک کے تحت کسی شخص کا ردِّ عمل ایک مخصوص صورت اختیار کر لیتا ہے۔ ردّ عمل کی جو دوسری ممکنہ صورتیں ہو سکتی ہیں، ان سے وہ شخص احتراز کرتا ہے۔ اگر کسی شخص میں شدید جارحانہ تحریک ہو تو وہ روزانہ زندگی میں پیش آنے والے خطرات کا مقابلہ سخت جدوجہد کے ساتھ کرتا ہے جب کہ ایک ایسا شخص جس کی تحریک کا سرچشمہ خوف ہو، ناموافق حالات یا خطرات سے فرار اختیار کرتا ہے۔ تحریک کا ہم ہیجوں اور جوابی اعمال کی طرح مشاہدہ نہیں کر سکتے۔ متعلقہ فرد کے ادراک خیالات، احساسات اور ظاہری اعمال پر ان کا جو اثر پڑتا ہے، اسی کے ذریعے ہم ان تک پہنچ سکتے ہیں۔

تحریک کی نوعیت

تحریک کی کئی اہم خصوصیتیں ہوتی ہیں جو نارمل اور ابنارمل دونوں طرح کے افراد میں پائی جاتی ہیں۔ تحریک یا تو جسمانی ہوتی ہے یا نفسیاتی۔ جسمانی تحریک میں بھوک پیاس، رفع حاجت، آکسیجن، حرارت، نیند اور آرام، تکلیف سے نجات اور جنسی ضروریات شامل ہیں۔ یہ ضروریات جاندار کی بقا کے لیے ضروری ہیں۔ اگر یہ ضروریات پوری نہ ہو سکیں تو وہ بہت ہی مختصر مدت کے لیے زندہ رہ سکے گا۔ اس عمومی کیفیت کی ایک استثنائی صورت بھی موجود ہے وہ ہے جنسی ترغیب۔ جنس فرد کی بقا کے لیے نہیں بلکہ نسل کی بقا کے لیے ضروری ہے۔ اس کے علاوہ تجربے کے ذریعے اس میں زبردست اصلاح و تبدیلی کی گنجائش بھی موجود ہے۔ جنسی تسکین کو بغیر کسی جسمانی نقصان کے مدتوں کے لیے ملتوی کیا جا سکتا ہے۔ اس کے علاوہ اس کی تسکین مختلف طریقوں سے ہو سکتی ہے۔ اگر جنسی ترغیب کے انسانی کردار پر اتنے گوناگوں اثرات نہ ہوتے تو اس کی اتنی نفسیاتی اہمیت بھی نہ ہوتی۔

جنس کے علاوہ باقی تمام جسمانی تحریکوں کے برعکس نفسیاتی تحریکیں تغیر پذیر ہیں۔ جن میں تغیر فرد کے تجربات کے تحت ہوتا ہے۔ ان تمام تحریکوں کو تقویت پہنچائی جا سکتی ہے،

تحریکوں کا نظام مراتب

جسمانی ضروریات، ہمہ گیر نوعیت کی نفسیاتی تحریکیں (مثلاً شفقت محبت اور خودداری کی ضرورت) اور انفرادی ضروریات (کچھ دکھلانے کی خواہش، دوسروں سے مقابلہ کرنے اور آگے بڑھنے کی خواہش) کو تین مختلف ترتیبی سطحوں میں دیکھا جا سکتا ہے۔ جسمانی ضروریات سب سے پہلے اپنی تسکین چاہتی ہیں۔ ان میں جو اندرونی حرکت ہوتی ہے اس کی وجہ سے دوسری سطحوں کی ضروریات

دوسری سطح پر خودداری، شفقت، اندرونی خلفشار سے نجات اور جذباتی تحفظ۔ یہ ایسی ضروریات ہیں جن کی ایک حد تک تسکین ہونا ضروری ہے، قبل اس کے کہ انفرادی اور غیر ہمہ گیر ضروریات پر انرجی خرچ ہو، یقیناً دوسرے جانداروں کے اعمال و افعال کی طرح انسانی محرکات بھی ایک دوسرے سے پیچیدہ اور قریبی طور پر منسلک ہیں۔ اس لیے کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ اوپری سطح کی ضروریات کے لیے جو کوششیں کی جاتی ہیں، ان سے نچلی سطح کی ضروریات خود بخود پوری ہو جاتی ہیں۔ مثال کے طور پر کسی میدان میں نمایاں کامیابی حاصل کرنے یا صلے کی پروا کیے بغیر دوسروں کی فلاح و بہبود کے لیے کچھ کرنے سے احترام ذات (self esteem) میں اضافہ ہوتا ہے اور احترام ذات میں اضافہ ہونے سے جسمانی ضروریات کی تکمیل کے لیے کی جانے والی کوششیں زیادہ کامیاب ہوتی ہیں۔

تحریک کی انفرادی صورتیں

مختلف افراد کے تحریکی امتزاج میں بہت بڑا فرق پایا جاتا ہے کنسے رپورٹ (Kinsey report 1948-53) سے پتہ چلتا ہے کہ جنسی ترغیب کی شدت میں اس سے کہیں زیادہ تنوع ہے جتنا پہلے سمجھا جاتا تھا۔ اس کے علاوہ اس کی تسکین کے طریقوں میں بھی بڑی زبردست رنگارنگی پائی جاتی ہے۔

جنسی ضرورت کی طرح ہر نفسیاتی ضرورت اپنی شدت اور تسکین کے طریقوں کے اعتبار سے مختلف افراد میں مختلف صورتوں میں پائی جاتی ہے تاہم ایک ہی عمر، جنس اور سماجی معاشی سطح کے لوگوں کے محرکات اور ان کی تسکین کی صورتوں میں خاصی مماثلت ہوتی ہے۔ ایک شخص کے محرکات کا طرز اس کی جماعت کے افراد سے ملتا جلتا اور دوسری جماعت کے افراد سے مختلف ہو سکتا ہے۔ ایک پچاس سالہ تجارتی افسر عاملہ کے معاشی اور حصول اقتدار کے محرکات فن کے بیس سالہ طالب علم کو بالکل اجنبی محسوس ہو سکتے ہیں۔ ویسے بھی محرکات کی تسکین کے کچھ ذرائع اور طریقے کسی تہذیب میں شامل تمام جماعتوں کے معیار سے علاحدہ بھی ہو سکتے ہیں۔

محرکات کا امتزاج

کچھ مصنوعی اور محدود حالات کے علاوہ باقی تمام حالات میں کردار کئی محرکات کے امتزاج سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر ایک طالب علم کو لیجیے۔ وہ کلاس میں دیئے گئے کام کو اکثر پورا نہیں کر پاتا تھا حالانکہ خاصہ ذہین تھا۔ اس کی اس ناکامیابی کے لیے کئی محرکات ذمہ دار تھے۔ مثال کے طور پر اس میں ذہنی اعتماد نہیں تھا۔ وہ اپنے باپ کے خلاف معاندانہ جذبہ رکھتا تھا جو ہمیشہ اُسے اسکول میں نمایاں مقام حاصل کرنے پر اکساتا رہتا تھا۔ اس کے علاوہ اس میں آزادی حاصل کرنے اور جنسی جذبے کی تکمیل کی مشترکہ خواہش تھی جس کی وجہ سے وہ تعلیم چھوڑ کر کوئی کام ڈھونڈ تلاش کرنے

رپھر شادی کرکے گھر بسانے کی فکر میں رہتا تھا۔

تحریکوں کا انتشار اور اس کی اقسام

کبھی کبھی تحریک یا اس سے وابستہ کردار یا دونوں میں انتشار پیدا ہوجاتا ہے۔ گو اکثر اس کی تشخیص کرنا دشوار ہوتا ہے کہ اس دشواری کا تعلق تحریک سے ہے یا اس سے وابستہ کردار سے یا دونوں سے۔

شدید منفی تحریک

منفی تحریک کی شدید صورتیں عصبی اختلال اور جنون میں مبتلا افراد میں پائی جاتی ہیں۔ عصبی اختلال کے مریض جو تشویشناک، مرضیاتی خوف اور جبری وہم مسلط (Obsessive Compulsion) کا شکار ہوتے ہیں، ان پر تشویش اور احساسِ جرم کے محرکات کی اثر اندازی ہوتی ہے۔ نارمل افراد کے مقابلے میں ان افراد میں مثبت تحریک بہت کم پائی جاتی ہے۔

بے حد زور دار اور بے حد ضعیف محرکات

کبھی کبھی کوئی محرک اس قدر شدت اختیار کرلیتا ہے کہ اس کی تسکین تقریباً ناممکن ہوجاتی ہے اور کبھی یہ اس قدر کمزور ہوجاتا ہے کہ اس کا عدم وجود برابر ہوتا ہے۔ اینڈوکرائن غدود (Endocrine Glands) کے ترشحات کا تناسب بگڑ جانے یا بعض شدید جذباتی کیفیات کے پیدا ہوجانے کبھی تو جوع البقر (کبھی نہ تسکین پانے والی بھوک) کی شکایت ہوجاتی ہے اور کبھی غذا سے بیزاری کی یہاں تک کہ کبھی کبھی یہ کیفیت مہلک ثابت ہوجاتی ہے۔ شراب، مارفیا، افیم، ہیروئن جیسی دواؤں پر شدید جسمانی و جذباتی انحصار بھی محرکات کی شدت کی مثال ہے۔ کچھ ذہنی بیماریوں مثلاً پیرانوئیا میں شدید جارحانہ کردار پیدا ہوتا ہے۔ متاثر شخص اپنی جارحانہ رغبات دوسروں سے وابستہ کردیتا ہے۔ کچھ امراض مثلاً ہسٹریا میں جذباتی طور پر خود مختار ہونے کی تحریک کمزور ہوجاتی ہے اور مریض جذباتی و نفسیاتی طور پر دوسروں پر ضرورت سے زیادہ تکیہ کرنے لگتا ہے۔ ہسٹریا کے نتیجے میں اگر فالج ہوجائے یا بصارت زائل ہوجائے تو دوسرے افراد مریض کی دیکھ بھال کرتے ہیں اور اس طرح دوسروں پر بھروسہ کرنے کی شدید خواہش کی تسکین ہوجاتی ہے۔

فوق الانا (Super Ego) کی پروردہ اخلاقی اقدار بھی تحریکی زور پیدا کرتی ہیں۔

روایتی عصباتی مریض کی فوق الانا بہت مضبوط اور تُند خو ہوتی ہے۔ اس میں اور اس کی اِڈ ( ) کے محرکات میں شدید جدوجہد جاری رہتی ہے۔ اس کے برعکس ایک سماجی مریض (Sociopath) کی فوق الانا انتہائی کمزور ہوتی ہے وہ اس کی ہیجانی خواہشات پر قابو نہیں پاسکتی اور نہ وہ اس کی تسکین میں کسی قسم کی تاخیر کو برداشت کرنے کی صلاحیت رکھتی ہے۔

تحریک کی ناپختگی

تحریک کی نشوونما بڑھتی ہوئی عمر اور سماجی دباؤ کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ان کی وجہ سے اس میں پختگی آتی جاتی ہے۔ تحریک کی ناپختگی کی صورت میں فرد کی عمر اور کسی اہم محرک کی نشوونما میں مناسبت نہیں ہوتی۔ مثال کے طور پر ایک بالغ شخص جو جنس مخالف میں کوئی دل چسپی ظاہر نہیں کرتا، جنسی ترغیب کے معاملے میں ایک بچے کی طرح ہوتا ہے۔ ناپختگی کی ایک اور مثال نرگسیت (Narcissism) ہے۔ یعنی اپنی ذات میں ضرورت سے زیادہ دِل چسپی کا اظہار۔ بچے کی دل چسپیاں اپنی ذات تک محدود ہوتی ہیں لیکن جیسے جیسے وہ بلوغت کی طرف بڑھتا ہے، اس میں دوسروں کی ذات میں دل چسپی لینے، دوسروں کو اپنی محبت میں شریک کرنے اور دوسروں کی فلاح و بہبود کی کوشش کرنے کا رجحان بڑھتا جاتا ہے۔ اب اگر کوئی بالغ شخص دوسروں کو نظر انداز کرکے صرف اپنی ذات میں گم ہوجائے تو یقیناً وہ ناپختہ کہلائے گا۔ عموماً ذہنی مریض اور ذہنی طور پر ناپختہ افراد ہی اپنی ذات میں غیر ضروری دل چسپی لیتے ہیں۔

کشاکش (Conflict)

تحریک کے بگاڑ میں سب سے اہم تحریکوں کے درمیان کی کشاکش ہے۔ یہ کشاکش عام طور پر کئی صورتوں میں پائی جاتی ہے۔

کبھی کبھی دو مثبت محرکات آپس میں ٹکرا جاتے ہیں اسے ہم رغبت۔ رغبتِ کشاکش (Approach - approach Conflict) کہتے ہیں۔ اس میں ہوتا یہ ہے کہ فرد کے اندر دو تحریکیں بروئے کار ہوتی ہیں۔ اور وہ ان دونوں کے مطابق عمل کرنا چاہتا ہے لیکن صورتِ حال ایسی ہوتی ہے کہ وہ کسی ایک خواہش کی تکمیل کرسکتا ہے۔ مثلاً ایک شخص کے ذاتی کامیابی کے حصول اور جنسی مقاصد میں تصادم ہوسکتا ہے (یعنی یا وہ تعلیم چھوڑ کر شادی کرے یا تعلیم میں لگا رہے)۔

اس قسم کے انتخاب عموماً شعوری طور پر ہی کیے جاتے ہیں اور ذہنی عارضوں میں ان کا ہاتھ کم ہی ہوتا ہے۔ عموماً اس قسم کی کشاکش کا حل یوں نکالا جاتا ہے کہ پہلے ایک ضرورت پوری کر لی جائے اور پھر موقعہ ملنے پر دوسری۔ زیادہ اہم تصادم وہ ہوتا ہے جس میں دو منفی قوتیں ایک دوسرے سے ٹکرا جائیں یعنی احتراز، احتراز کی کشاکش اس صورت میں فرد کسی ایک شر یا صورتحال کا انتخاب کر سکتا ہے لیکن یہ آسمان سے گر کر کھجور میں اٹکنے والی مصیبت ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر فرض کیجیے کہ آپ کے دانتوں میں درد ہے اب اگر آپ دانتوں کے ڈاکٹر کے پاس جاتے ہیں تو آپ کو دانت نکلوانے کی تکلیف اٹھانی پڑے گی اور اگر نہیں جاتے تو مستقل درد برداشت کرنا پڑے گا۔ آپ ان دونوں حالات سے معز چاہتے ہیں لیکن ان میں سے کسی ایک کو برداشت کرنا ہے۔ جبری وہم مسئلہ (Obsession Compulsion) کے عارضے میں مبتلا شخص اکثر اسی قسم کی کشمکش کا شکار ہوتا ہے۔ وہ اپنے وہم اور جبری کردار کی وجہ سے انتہائی شرمندگی اور تشویش محسوس کرتا ہے لیکن ان پر بندش بھی نہیں لگا سکتا۔ کشمکش میں مبتلا شخص اپنے دونوں محرکات کے درمیان لڑھکتا رہتا ہے۔

ابنارمل نفسیات کے ماہرین کے لیے اس سے بھی اہم کشاکش وہ ہے جس میں ایک منفی ترغیب کسی مثبت ترغیب سے ٹکراتی ہے اسے رغبت۔ احتراز کشاکش (Avlodance-Avlodance Conflict) کہتے ہیں۔ یہ مجادلہ تقریباً ہر نفسیاتی عارضے میں پایا جاتا ہے۔ اس کے نتیجے میں دو رُخی (Ambivalent) جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ ایک بچہ جس کو ماں کی شفقت کی ضرورت بھی ہوتی ہے اور ساتھ ہی ماں سے چڑتا بھی ہے۔ خود کو ایک نفسیاتی جال میں اُلجھا ہوا محسوس کرتا ہے۔ اِڈ (Id) اور فوق الانا (Super Ego) کے درمیان پایا جانے والا تصادم عموماً رغبت، احتراز کشاکش پر ہی مبنی ہوتا ہے۔ جنسی جبلّت، لطف و لذّت حاصل کرنے اور آرام اٹھانے کی خواہش، جارحیت سماج دشمن قوتیں اور ان کے ایسے ہی دوسرے محرکات فوق الانا کی طرف سے لگائی گئی پابندیوں سے ٹکراتے ہیں۔ ان کی وجہ سے عصابی یا جنونی دفاعی قوتیں پیدا ہوتی ہیں۔

کرداری اختلال

کردار دو بنیادی صورتوں میں اختلال کا شکار ہو سکتا ہے۔ ایک تو وہ جس میں یہ بنیادی ضرورتوں کی تکمیل میں کامیابی کا ضامن نہ بن سکے اور دوسرے وہ جس میں یہ ضروریات کی تکمیل ایسے طریقوں سے کرے جو فرد کے تہذیبی گروپ یا سماج کے ضابطوں سے میل نہ کھاتے ہوں۔

تشنہ بنیادی حاجتیں

ذاتی یا ماحول سے وابستہ دشواریوں کے سبب ہو سکتا ہے کہ ایک شخص کی جنسی یا دوسری نفسیاتی ضروریات پوری نہ ہو سکیں۔ ناقص ماحول، جسمانی نقائص، ناقص ذہانت، ضروری علم کا فقدان یا ایسے اندرونی مسائل جو انسان کو ذہنی طور پر مفلوج کر دیں، اکثر ضروریات کی تکمیل کرنے والے کردار کی راہ میں روڑے اٹکاتے ہیں۔

عدم تسکین کی سب سے شدید صورت ابولیا (Abulia) میں پائی جاتی ہے یعنی انرجی کی اس حد تک کمی کہ متعلقہ فرد کوئی کام ارادتاً انجام نہیں دے سکتا۔ یہ کیفیت انتشارِ نفس میں پائی جاتی ہے۔ دوسرے امراض میں شاذ و نادر ہی ملتی ہے۔

تحریک کی نامناسب تسکین

سماج ہر محرّک کی تسکین کی اجازت دیتا ہے لیکن کچھ منظور شدہ صورتوں میں ہی۔ تسکین کے باقی ذرائع ناپسندیدہ اور غیر تسلیم شدہ ٹھہرتے ہیں۔ مرے (Murray) نے حاجتوں کے تسلیم شدہ اظہار یا ذریعہ تسکین کو Tpmo کے فارمولے کے ذریعے واضح کیا ہے یہ Time, Place, Mode, Object (وقت مقام، طریقہ، شے) کا مخفف ہے۔ ایک بچے کو دن میں کھیلنے کی اجازت ہوتی ہے رات کو نہیں (وقت) وہ بیت الخلا میں رفع حاجت کر سکتا ہے، فرش پر نہیں (مقام) وہ کھیل میں بچوں کو دھکا دے سکتا ہے لیکن ان کی پٹائی نہیں کر سکتا۔ (طور طریقہ) وہ اپنے باپ سے پیسے مانگ سکتا ہے، کسی اجنبی سے نہیں (شے) کسی ضرورت کو مستقل طور پر روکا نہیں جا سکتا۔ اگر ایک شخص صحیح عمر کو پہنچ چکا ہے اور تسلیم شدہ وقت، مقام، طریقے اور شے (Tpmo) کا انتخاب کرتا ہے تو وہ اپنی کسی بھی حاجت کی تکمیل کر سکتا ہے۔ بالفاظ دیگر اس کو اجازت ہوتی ہے کہ وہ ان شرائط کے ساتھ اپنی حاجتوں کی فراہمی کرے (مرے کا بیان اس حقیقت کو نہیں جھٹلاتا کہ اگر خارجی یا داخلی عوامل کسی (صحیح) زمان و مکان، طریقے اور شے کی راہ کی مشکلات بن جائیں تو اکثر حاجتیں ہمیشہ کے لیے تشنہ رہ جاتی ہیں)

اگر محرکات یا ضروریات کی غلط طریقے سے تکمیل کی جائے تو مذکورہ بالا اصول (Tpmo) کی خلاف ورزی ہوتی ہے۔ کیوں کہ نفسیاتی نظریہ کے مطابق عام طور پر یہ فرض کر لیا جاتا ہے کہ ہر کردار کے پیچھے کوئی نہ کوئی تحریک کام کرتی ہے اس لیے تقریباً ہر منحرف کردار کو محرکات کی تکمیل کی غلط کوشش قرار دیا جا سکتا ہے۔ یہ کوشش اکثر و بیشتر بلا واسطہ او [illegible]

اس نظریے کے تحت ادراکی، خیالاتی، تاثراتی اور الفاظی و حرکی کردار کی تمام مختل صورتوں کے بارے میں کہا جاسکتا ہے کہ یہ کسی نہ کسی صورت میں زمان مکان طریقے اور شے کے اصول کی خلاف ورزی کرتی ہیں۔ تاہم کچھ تحریک آفریدہ کردار اتنے پیچیدہ ہوتے ہیں کہ ہم آسانی سے ان کو ادراک، خیال، اور تاثر وغیرہ کے درجوں میں تقسیم نہیں کر سکتے۔ اس لیے بہتر ہوگا کہ انھیں کردار کی ایک خصوصی صنف میں رکھا جائے۔ مثال کے طور پر جنسی محرکے کی تسکین کی کئی نامناسب صورتیں ہوسکتی ہیں۔ جیسے لواطت، جلق، جنسی عضو کی نمائش یا اس کی جھانک تاک، اشیا پرستی (جسم کے کسی حصے، کپڑے یا کسی اور شے سے لطف حاصل کرنا جو اس کے مالک کی علامت بن جائے اس کے لیے اشیا پرستی (Fetishism) کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے)، سادیت، شوکیت اور بہت سے دوسرے مسخ شدہ جنسی طور طریقے۔ بہت سے سماجی، عصباتی اور جنون کے مریضوں میں ایسے پیچیدہ کردار پائے جاتے ہیں جو تسلیم شدہ طریقوں اور اشیا کو خاطر میں نہیں لاتے۔ سماجی دیوانگی کا مریض ان پابندیوں کی پروا نہیں کرتا۔ اس لیے کہ اس کی فوق الانا کمزور ہوتی ہے، مجنوں (Psychotic) اس لیے پروا نہیں کرتا کہ حقیقت سے اس کا رابطہ ناقص ہوتا ہے اور عصباتی مریض اس لیے ان کی خلاف ورزی کرتا ہے کہ اس کی تشویشات (Anxieties) اس کی حاجتوں کی تکمیل کے تسلیم شدہ طریقوں کو اپنانے کی راہ میں اڑچن بن جاتی ہیں۔

الفاظی و حرکی کردار کی غیر منظم صورتیں

زبانی یا الفاظی کردار میں، جو کہ حرکی کردار کی ایک ہی صورت ہے۔ تحریر و گویائی دونوں شامل ہیں۔ ذہنی طور پر مختل افراد میں زبانی کردار کا مواد اور طریقہ دونوں بگڑی ہوئی صورت میں پائے جاسکتے ہیں۔ مثال کے طور پر تتلانا اور ہکلانا، نارمل افراد کی بہ نسبت عصباتی مریضوں میں زیادہ عام ہے۔ گونگا پن یعنی بولنے کی صلاحیت کا مکمل فقدان یا بولنے سے مکمل انکار، جنون کی کچھ شکلوں مثلاً اضمحلال اور انتشار نفس میں پایا جاتا ہے۔ اس کے بالکل برعکس ایک علامت ہے جو بیش گویائی (Lagorrhea) کہلاتی ہے، مریض ضرورت سے زیادہ بولتا ہے لیکن اس کی گفتگو اکثر بے ربط ہوتی ہے۔ اس میں ہیجانی مسرت، خیالات کی اڑان اور حرکی بیش فعالیت کے نمونے پائے جاتے ہیں۔

الفاظی کردار کی عجیب و غریب صورتیں خصوصیت سے انتشار نفس میں پائی جاتی ہیں جیسے نئے الفاظ گھڑنا (Neologism) ، ایک ہی لفظ یا جملے کی مسلسل تکرار (Verbigeration) جس کے بظاہر کوئی معنی نہ ہوں، جو کچھ کہا جائے اس کو صدائے بازگشت کی طرح دوہرانا (Echolalia-) یا مختلف الفاظ کو ملانا جن میں بے معنی، بامعنی اور خود ایجاد کردہ، ہر طرح کے الفاظ شامل ہوں (Word Salad) ، وغیرہ وغیرہ۔

سب سے زیادہ عام حرکی خلل جو ذہنی مریضوں میں پایا جاتا ہے جبری کردار (Compulsion) ہے۔ اسی میں کسی ایک حرکت (مثلاً ہاتھ دھوتے رہنا) کو مسلسل دوہرانے کی شدید خواہش ہوتی ہے۔ جب کہ متعلقہ شخص کو یہ معلوم ہوتا ہے کہ یہ حرکت قطعی بے معنی ہے۔ جبری کردار اور وہم مسلط میں وہی رشتہ ہے جو خیال و عمل میں پایا جاتا ہے یعنی وہم مسلط کسی بے بنیاد خیال کے ذہن سے چپک جانے کا نام ہے۔ یہ دونوں ایک عصبی اختلال میں یکجا ہو جاتے ہیں جس کو جبری وہم مسلط (Obsessive Compulsive Neurosis) کہا جاتا ہے۔

ہسٹریائی عصبی اختلال میں پائے جانے والے حرکی خلل کو کوریا (Chorea) یا بے اختیاریہ (Tic) ، کہا جاتا ہے۔ بے اختیاریہ عضلات کے وقتی تشنج کا نام ہے جو خصوصیات سے چہرے کے عضلات میں پایا جاتا ہے۔ کوریا ایک غیر ارادی، غیر منظم اور غیر مسلسل کپکپی ہے جو عضویاتی بھی ہو سکتی ہے اور ہسٹریائی بھی۔ یہ دونوں عصباتی تشویش اور عضلاتی امراض میں پائے جاتے ہیں۔ حرکی اختلال کی زیادہ تر صورتیں عصبی اختلال میں کم اور عضویاتی امراض یا تفاعلی جنون (Functional Psychosis) میں زیادہ پائی جاتی ہیں۔ حرکات کا انحطاط کبھی کبھی حالت غش (Stupor) کی حد تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ سستی کی ایک ایسی کیفیت ہے جس میں مریض کو کسی حرکت پر آمادہ کرنا از حد مشکل ہوتا ہے۔ حرکی بے چینی یا ہیجان کی کیفیت جس کے ساتھ شدید نوعیت کی بے خوابی بھی پائی جاتی ہے، انحطاط کی ضد ہے۔ ان دونوں میں سے کوئی بھی علامت دماغی عوارض یا انتشار نفس کی ایک قسم یعنی کتاتونی انتشار نفس (Catatonic Schizophrenia) میں پائی جا سکتی ہے۔ کبھی کبھی مخصوص جسمانی انداز ( ) جیسے منجمد ہو جاتا ہے۔ اس کی ایک صورت یہ ہے کہ مریض اپنے کسی عضو کو کسی مخصوص انداز میں ڈھال کر پھر اسی شکل میں طویل مدت تک برقرار رکھتا ہے۔ خواہ اس سے اسے کتنی تکلیف کیوں نہ ہو۔

خودکاریت (Automatism) مشینی انداز میں لاشعوری طور پر دوہرائے جانے والے کردار کا نام ہے۔ مثال کے طور پر مریض بار بار مٹھی بھینچتا یا اپنے ہاتھ کو منہ تک لے جاتا اور ہونٹوں کو چھوتا ہے۔

انکاریت (Negativism) ایک ایسی صورت ہے جس میں مریض دوسروں سے تعاون کرنے سے قطعی انکار کر دیتا ہے یا جو کہا جاتا ہے اس کے بالکل برعکس کرتا ہے۔ ایک اور کیفیت میں جسے حرکی بازگشت (Echopraxia) کہا جاتا ہے مریض دوسروں کی حرکات کی نقل کرتا ہے۔

قصہ مختصر، لفظی و حرکی علامات دوسری اقسام کی علامات کے مقابلے میں کہیں زیادہ ڈرامائی اور سنایاں ہوتی ہیں۔ "دیوانگی" کا مقبول عام تصور عجیب و غریب باتوں، شدید قسم کی حرکتوں، چہرے کے غیر معمولی تاثرات اور بے ڈھنگے اشاروں پر ہی مشتمل ہوتا ہے۔ کچھ ذہنی مریضوں پر یہ علامات صادق آتی ہیں لیکن طبیعیت کے بیشتر انحرافات زیادہ پیچیدہ اور مبہم نوعیت کے ہوتے ہیں۔

ابنارمل کردار کے مجموعۂ علامات

اصناف بندی کے موجودہ نظام کے تحت خلل ذہنی کو تین خصوصی گروپوں اور کئی ذیلی گروپوں میں رکھا گیا ہے۔ یہ اصناف بندی بنیادی طور پر علامات پر مبنی ہیں۔ (خصوصیت سے تفاعلی گروپ کے عارضوں کے لیے) امریکن سائیکٹرک اسوسی ایشن کے ایک مستند تشخیصی کتابچے نے ذہنی عارضوں کو حسب ذیل گروپوں میں تقسیم کیا ہے۔

(1) عضویاتی دماغی عارضے۔ ان میں دو ذیلی گروپ آتے ہیں (الف) شدید لیکن قابل علاج اور (ب) مزمن ناقابل علاج۔

(2) تفاعلی بیماریاں (Functional Disorders) ان میں پانچ ذیلی گروپ آتے ہیں۔

(الف) تفاعلی جنون کی خصوصی اقسام :۔ تاثراتی اور پیرنوئیائی ردعمل۔ انتشارِ نفس۔

(ب) نفسی۔ جسدی بیماریاں (Psycho-somatic disorders)

(ج) نفسی عصباتی بیماریاں :- ان میں سات مجموعۂ علامات شامل ہیں جن میں شدید قسم کی جذباتی کش مکش اور تشویش پائی جاتی ہے۔ یہ کبھی تو اپنی واضح شکل میں موجود ہوتے ہیں اور کبھی دفاعی تدابیر کے ذریعے ان کا کچھ حصہ لاشعور میں داخل کر دیا جاتا ہے۔

(د) شخصیتی اختلال (Personality disorder) :- اس میں شخصیتی طرز اور شخصیتی اوصاف کے اختلال، سماجی مریضانہ شخصیہ (Sociopathic personality) اور خصوصی علاماتی ردِ عمل شامل ہیں۔

(ر) وہ نفسیاتی عارضے جو ماحول کے دباؤ کے زیر اثر وقتی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔

(۳) کسر ذہن (Mental Deficiency) اس میں شدید اور معمولی نوعیت کی کمی شامل ہے۔ ان تمام امراض کے مجموعۂ علامات سے کتاب کے دوسرے حصے میں بحث کی گئی ہے۔

تشخیص کی معتبری

ابتدا میں جب نفسی مرضیاتی مجموعۂ علامات کی تشریح کی گئی تھی تو تشخیص کو علاج کی ناگزیر بنیاد مانا گیا تھا۔ ہر مجموعۂ علامت کو ایک علاحدہ مرض سمجھا گیا تھا۔ اور جو علامتیں پرانی ہو چکی تھیں ان میں تبدیلی لانا ناممکن تصور کیا جاتا تھا۔ ایک خیال یہ بھی تھا کہ ہر مجموعۂ علامات کی منفرد وجہ ہوتی ہے۔ یہ وجہ دوسری علامات کو رونما ہونے سے روکتی ہے اور صرف ایک مخصوص مجموعۂ علامات کو پیدا کرتی ہے۔ مثال کے طور پر ان تمام مجموعۂ علامات کا سبب، جنھیں آج ہم تفاعلی (Functional) کہتے ہیں۔ مخصوص جسمانی ساخت یا موروثی خلل پذیری کو مانا جاتا تھا۔ عصباتی جنونی اور علامات ساتھ ساتھ ظہور پذیر نہیں ہو سکتی تھیں (Neurotic Psychotic)۔ عصبی اختلال جنون میں تبدیل نہیں ہو سکتا تھا۔ دو عارضوں کی درمیانی سرحد پر کسی مرض کا پایا جانا یا دو عارضوں کے امتزاج سے پیدا ہونے والے مرض کا تصور ناممکن تھا۔

بہرحال جلد ہی یہ بات تسلیم کر لی گئی ہے کہ ذہنی مریضوں میں ایک ساتھ یا یکے بعد دیگرے ایک سے زیادہ امراض کی علامات کا پایا جانا ممکن ہے۔ ہو سکتا ہے کہ ایک شخص پیدائشی کند ذہن اور بعد میں سماجی مریض بن جائے اور اس کے بعد انتشار نفس میں مبتلا ہو جائے۔ اس لیے تشخیص کسی مخصوص مدت کے دوران موجود مجموعۂ علامات کے خلاصے کو پیش کرتی ہے۔ یہ ایسا لیبل نہیں ہے جس کے چسپاں ہونے کے بعد باقی تمام علامات کے رونما ہونے کا امکان ختم ہو جائے۔

دو معالج ایک ہی مریض کے مجموعۂ علامات میں مختلف علامتوں کو اہمیت دے سکتے ہیں اور یوں ان میں تشخیصی اختلاف پیدا ہو سکتا ہے۔ اس کا امکان تفاعلی بیماریوں میں زیادہ ہوتا ہے (عضویاتی بیماریوں میں اختلاف کا امکان کم ہوتا ہے اس لیے کہ طبی جانچ کے ذریعے عارضے کا سبب آسانی سے معلوم ہو جاتا ہے۔ مثال کے طور پر بعض دماغی امراض کے سبب کے طور پر آتشک کی موجودگی) اگر اختلاف زیادہ ہو جائیں تو علاج، نتیجے کی پیش بینی یا تحقیق کے لیے تشخیص پر بھروسہ نہیں کیا جا سکے گا۔ اس لیے یہ جاننا ضروری ہے کہ تشخیص میں کتنا اختلاف ہونے کا امکان ہو سکتا ہے۔

اختلاف کی حدود کا تعین کئی طریقوں سے کیا جا سکتا ہے۔ ایک معیاری طریقہ تو یہ ہے کہ ایک ایسے مریض کو لیا جائے جو چند ماہ یا سال کے وقفے سے دو مختلف دماغی اسپتالوں میں داخل کیا جا چکا ہے، اور اس کی تشخیص کی جانچ کی جائے۔ ایلکنڈ اور ڈوئرنگ (Elkind & Doering 1928) نے بوسٹن سائیکو پیتھک ہاسپٹل میں کئی مریضوں کو لیا اور اس اسپتال میں کی جانے والی تشخیص کا موازنہ دوسرے ریاستی اسپتالوں میں کی جانے والی تشخیص سے کیا۔ بوسٹن کے اسپتال میں 323 مریضوں کے لیے قبل از وقت انحطاط کی (Demaintia Praecox) کی تشخیص کی گئی تھی۔ ریاستی اسپتالوں میں 230 مریضوں کے لیے تشخیص یکساں رہی۔ مانیائی اضمحلال (Manic Depression) کے لیے 238 مریضوں میں سے 153 کی تشخیص میں یکسانیت پائی گئی۔ عمومی طور پر عضویاتی عارضوں پر اختلاف بہت کم تھا۔ مریضوں کی کل تعداد کو لیا جائے تو 1177 مریضوں میں 682 کی تشخیص پر مختلف ہسپتالوں میں اتفاق پایا گیا۔ یوں اتفاق کا فی صد 58% تھا۔ بیالیس فی صد اختلاف اتنا زیادہ نہیں ہے جتنا عام طور پر طبی تشخیص اور اس کی تصدیق کے لیے کیے جانے والے پس از مرگ آپریشن میں عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اگر مریضوں کو موٹی موٹی صنفوں میں بانٹ دیا جاتا (مثال کے طور پر اگر تفاعلی جنون کی تمام اقسام کو ایک جماعت میں رکھا جاتا) تو تشخیص میں کہیں زیادہ اتفاق پایا جاتا۔ کیوں کہ بوسٹن ہسپتال میں جن 660 افراد کے مرض کی تشخیص پیرانوئیائی ردعمل انحلال، ملنیا یا رجعتی جنون (Involutional Psychosis) کے طور پر کی گئی تھی ان میں سے 556 کو ریاستی اسپتالوں میں بھی ان چاروں میں سے کسی نہ کسی صنف میں ہی رکھا گیا ہوتا (واضح ہو کہ یہ تمام امراض تفاعلی جنون کی اقسام ہیں) گویا تشخیص میں 84 فی صد اتفاق رائے پایا جاتا۔

نورس (Norris 1959) نے دماغی ہسپتالوں اور مشاہداتی یونٹوں (ایسے مراکز

جہاں مریضوں کو ابتدائی مشاہدے کے لیے رکھا جاتا ہے) میں کی جانے والی تشخیص کا موازنہ کیا۔ یہاں تشخیص پر اتفاق کی حدود (Range) میں بڑا فرق پایا گیا۔ سیرت کے عارضوں (Character disorders) کے لیے 50 فی صد سے کم اور عضویاتی عارضوں میں تقریباً صد فی صد اتفاق تھا۔ جب تمام عارضوں کو یکجا کر کے فی صد نکالا گیا تو 60 کے لگ بھگ نکلا۔ یعنی ڈوئرنگ اور ایلکنڈ کی دریافت کے خاصہ قریب۔

ان دونوں حقیقی مطالعوں سے تشخیص کا جو اختلاف سامنے آتا ہے اس کی ایک وجہ یہ بھی ہے کہ دماغی عارضوں میں وقت کی قلیل مدت میں ہی بعض علامتیں زیادہ نمایاں ہو جاتی ہیں اور بعض دھندلی پڑ جاتی ہیں۔ مریضوں کا کردار عام افراد کے کردار کی طرح وقت کے ساتھ بدلتا جاتا ہے۔ اگر بہت ہی قلیل مدت کے دوران کی جانے والی تشخیص کا موازنہ کیا جائے تو کم اختلافات سامنے آتے ہیں۔ مثال کے طور پر (Schmid اور Fonda (1956) نے پتہ لگایا کہ دو ہفتوں کے اندر مختلف جگہوں پر ہونے والی تشخیص کا موازنہ کرنے پر فی صد اتفاق پایا گیا۔ یہ افراد عضویاتی، جنونی یا سیرتی عارضوں کے مریض تھے۔ یہ دیکھا گیا کہ امراض کے ذیلی گروپوں کے لیے تشخیص میں کم اتفاق پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر انتشار نفس کے لیے ۹۱ فی صد اتفاق پایا گیا لیکن مخصوص انتشار نفس کے ذیلی گروپوں کے لیے صرف ۵۱ فی صد اتفاق تھا۔ لوئیس اور پاٹروؤسکی (Lewis and Piotrowski 1954) نے تشخیص کے استحکام کا مطالعہ کیا۔ انھوں نے 122 مریضوں کو خاصے طویل عرصے تک زیر نگرانی رکھا۔ ان افراد کے مرض کی تشخیص نیویارک اسٹیٹ سائیکیٹرک انسٹی ٹیوٹ میں اضمحلال مانیا یا نفسی عصبی اختلال (Psycho neurosis) کے تحت ہوئی تھی۔ ان مریضوں کی دوبارہ تشخیص تین سے لے کر بیس برس کے وقفے کے بعد ہوئی۔ (نوّے فی صد مریضوں کے لیے یہ وقفہ سات سال سے زیادہ تھا) دونوں تشخیصوں میں نمایاں اختلاف پایا گیا۔ ستر ایسے مریض جن کو پہلے اضمحلال مانیا کا مریض قرار دیا گیا تھا۔ انتشار نفس کے مریض قرار پائے۔ وقت گزرنے کے ساتھ تشخیص کا رخ انتشار نفس کی طرف ہو جانے کا رجحان کچھ اور اسپتالوں میں بھی پایا گیا ہے۔ اس کے تین ممکنہ اسباب ہیں۔ پہلا تو یہ کہ اکثر دیکھا گیا ہے کہ انتشار نفس کی علامتیں دوسرے عارضوں کی علامتوں کی جگہ لے لیتی ہیں۔ دوسری وجہ یہ ہے کہ حالیہ سالوں میں انتشار نفس کے نظریاتی تصوّر میں کچھ اور ذیلی گروپ شامل کر کے اس کو مزید وسعت دے دی گئی ہے۔ مثال کے طور پر ظاہری عصبانی انتشار نفس (Pseudo neurotic Schizopherenia)

(اس میں عصبی اختلال ظاہری طور پر انتشار نفس پر حاوی ہو جاتا اور اسے چھپائے رکھتا ہے) اور ظاہری نفسی مرضیاتی انتشار نفس (اس میں انتشار نفس پر سماجی مریضانہ علامتیں پردہ ڈالے رکھتی ہیں)۔ انتشار نفس کے یہ ذیلی گروپ ابھی ذہنی امراض کی باضابطہ اصناف بندی کے تحت نہیں آئے ہیں۔

تیسری اور آخری وجہ یہ ہے کہ اکثر معالجوں میں ایسے ذہنی امراض کو انتشار نفس کا نام دینے کا رجحان پایا جاتا ہے جو عرصۂ دراز سے چل رہے ہوں۔ بہرصورت لوئیس اور پیٹروسکی کی تحقیقات سے معلوم ہوتا ہے کہ کئی سال کا وقفہ گزر جائے تو تشخیص میں تبدیلی آجاتی ہے۔

مختصر وقفوں میں تفاعلی بیماریوں کی تشخیص کی محدود معتبری اور طویل وقفوں میں تقریباً مکمل ناپائداری کی وجہ سے کچھ ماہرین امراض نفسی کا کہنا ہے کہ مختلف تفاعلی علامات کو ایک دوسرے سے ممیز کرنا بیکار ہے۔ یہ بھی کہا گیا ہے کہ تمام تفاعلی عارضے ایک واحد قسم کی ابنارمل کیفیت کو ظاہر کرتے ہیں۔ اس کیفیت کے خارجی اظہار کی شدت میں فرق پایا جا سکتا ہے لیکن خواص میں نہیں۔ یعنی یہ فرق کمی و زیادتی کے اعتبار سے (Quantitative) ہے، کیفیت کے اعتبار سے (Qualitative) نہیں۔ ایک جرمن ماہر امراض نفسی ہنرچ نیومن (Heinrich Neumann) نے کہا تھا۔

> "ہم دماغی امراض کی کسی بھی اصناف بندی کو مصنوعی قرار دیتے ہیں اور اُسے غیر تشفی بخش سمجھتے ہیں۔ ہم اس بات میں یقین نہیں رکھتے کہ کوئی شخص علاج امراض نفسی کو آگے بڑھا سکتا ہے تاوقتیکہ وہ ذہنی امراض کی تمام اصناف بندیوں کو اٹھاکر الگ نہ رکھ دے اور اس بات میں ہماری ہم نوائی کرے کہ دماغی بیماری کی صرف ایک ہی قسم ہے۔"

اس نظرے پر سب سے بڑا اعتراض یہ ہے کہ تعلیل (Causation)، علاج کی اثرانگیزی علاجِ امراض نفسی اور ابنارمل نفسیات کے بہت سے پہلوؤں پر سائنٹیفک نوعیت کی تحقیق محض تشخیص کی بنیاد پر ہی آگے بڑھ سکتی ہے۔ ذہنی مرض کے کسی بھی پہلو کی چھان بین اس وقت تک نہیں ہو سکتی جب تک زیر تحقیق نمونے کی تخصیص نہ کر لی جائے۔ اگر مختلف النوع ذہنی بیماریوں کے مریضوں پر بغیر کسی تشخیص کے تحقیق کی جائے تو یہ تحقیق قطعی بے بنیاد و بے معنی ہوگی اس لیے کہ

مختلف قسم کے مریضوں میں مختلف اقسام کے کردار پائے جاتے ہیں۔ علاوہ ازیں تمام خامیوں کے باوجود تشخیص اس لیے بھی ضروری ہے کہ اس سے علاج اور دوسرے عملی معاملات میں مدد ملتی ہے۔ برقی صدمے کے ذریعے کیا جانے والا علاج انتشارِ نفس کے مریضوں کی بہ نسبت اضمحلال کے مریضوں کے لیے زیادہ مفید ہے اس لیے اگر اضمحلال کے مریض کے لیے یہ علاج تجویز کرنا ہے تو اس کی تشخیص ضروری ہے۔ تشخیص مکمل طور پر غیر معتبر نہیں ہے۔ آج کل بہت سے ایسے تحقیقی مطالعے بھی ہو رہے ہیں جن کا مقصد یہ ہے کہ تشخیص کی صحت اور معتبری میں اضافہ کیا جائے۔

تشخیص کے مخالفین اکثر تشخیص کی بجائے نفسی حرکیاتی (Psychodynamic) نظریے پر زور دیتے نظر آتے ہیں۔ ان کا کہنا ہے کہ کسی مریض پر ایک لیبل چسپاں کرنے کی بجائے کوشش یہ ہونی چاہیے کہ اس کو ایک ایسے منفرد شخص کی صورت میں دیکھا جائے جس کا منفرد ماضی رہا ہے، منفرد نوعیت کی کشمکش، تشویشات اور مقاصد رہے ہیں۔ مریض کو ایک 'فرد' کی حیثیت میں دیکھنا اس کو کسی طبقے کے رکن کی حیثیت میں دیکھنے سے کہیں الگ ہے۔ یہ دونوں نظریات ایک دوسرے کے ساتھ نہیں چل سکتے۔ اس کی وجہ یہ نہیں ہے کہ اصناف بندی (بالفاظ دیگر تشخیص) کی صحت مشکوک ہے بلکہ اس لیے کہ حرکیاتی طور اس کو سمجھنے کی راہ میں اس سے رکاوٹ پیدا ہوتی ہے۔ اس نظریے کے ایک زبردست حامی ڈاکٹر جے۔ سی۔ نمیاہ (J. C. Nemiah) نے پیرانوئیائی انتشارِ نفس کے ایک مریض کے تعلق سے کہا ہے۔

> "بدقسمتی سے اس قسم کی اصناف بندی متعلقہ ذہنی مرض کو پوری طرح سمجھنے کی راہ میں روڑے اٹکاتی ہے۔ ایک مرتبہ لیبل چسپاں ہو جائے تو مریض انتشارِ نفس کے سمندر میں گم ہو جاتا ہے۔ ایسی ہزاروں مثالوں کے درمیان جو کم و بیش یکساں ہیں، اس کی اپنی انفرادی علامات دھندلی پڑ جاتی ہیں۔"

حرکیاتی اور تشخیصی نظریے کے درمیان کوئی منطقی تضاد موجود نہیں ہے۔ ایک مریض میں کچھ ایسی خصوصیات ضرور ہوتی ہیں جو اس کے اور اُن تمام انسانوں کے درمیان مشترک ہیں جو اس مخصوص مرض کے شکار ہوں۔ ہاں اس کی انفرادی خصوصیات صرف اس کی اپنی ہوتی ہیں۔ تشخیص دراصل ان خصوصیات کا خلاصہ پیش کرنے کا ایک کارآمد طریقہ ہے جو ایک 'مخصوص زمانے' میں اس کے اور ایک مخصوص طبقے کے اراکین کے درمیان مشترک ہوتی ہیں۔ علاجِ امراضِ نفسی اور نفسیات دونوں کو تشخیصی نظریے کی بھی ضرورت ہے اور حرکیاتی نظریے کی بھی۔

تیسرا باب

نشوونما اور حرکیات

ایک بچے کے لیے پیدائش کے وقت سے حیاتیاتی اور نفسیاتی پختگی کی منزل تک پہنچنے میں برسوں لگ جاتے ہیں۔ اس وقت اس کا ادراک مبہم، اس کی عقل نا پختہ، اس کے تاثرات غیر ممیز اس کی ترغیبات محض ضروریاتِ جسمانی تک محدود اور اس کے حرکی جوابی اعمال (Motor Responses) انتہائی غیر ترقی یافتہ صورت میں رونما ہوتے ہیں۔ قبل اس کے کہ وہ پختگی حاصل کرے، سماجی طور طریقوں کو اپنائے اور نت نئے افعال سیکھے، اسے آموزش (Learning) کی ایک طویل مسافت طے کرنی ہوتی ہے۔

اس سے پہلے باب میں ہم نے جن مجموعۂ علامات کا ذکر کیا ہے، وہ ننھے بچوں میں نہیں پائے جاتے۔ ہاں ذہنی نقائص کی کچھ علامتیں ضرور آشکارا ہوتی ہیں۔ نارمل کردار کی طرح ابنارمل کردار کی نشوونما بھی وقت کے ساتھ ہی ہوتی ہے۔ ہر مجموعۂ علامات دروِن ذاتی اور بین الذاتی مشکلات کے ایک ایسے طویل سلسلے کا نتیجہ ہوتا ہے جو کردار اور شخصیت کی نارمل نشو ونما کو مسخ کر دیتا ہے۔

حرکیاتی نظریے کا محور فرد اور ماحول کے پس منظر میں فرد کی نشو ونما ہے۔ اس کے برعکس تشخیصی نظریے کا مرکز مجموعۂ علامات ہیں۔ حرکیات کے تحت ہم فرد کے ماضی اور حال دونوں کی چھان بین کرتے ہیں۔ اس کے اپنے والدین اور بھائی بہنوں سے کیسے تعلقات رہے ہیں۔ ابتدائی آزمائشوں (مثلاً ماں کا دودھ چھڑانے، بول و براز کے اخراج کی تربیت، جارحانہ اقدام اور جلق پر لگائی گئی پابندیاں وغیرہ) سے وہ کس طرح گزرا، موجودہ بین الذاتی تعلقات، ترغیبات، کشمکش، تشویشات اور دفاعی تدابیر وغیرہ، ان کی چھان بین حرکیات کی ذمہ داری ہے۔

حرکیاتی نظریے میں ذاتی تجربات و محسوسات کے ساتھ لاشعوری ترغیبیں بھی شامل ہیں۔ ان کا اظہار خوابوں اور روزمرہ کے لاتعداد واقعات کی صورت میں ہوتا رہتا ہے۔ مثال کے طور پر

ایک ذہنی مریض جس کی دولت مند ماں کسی معمولی سے مرض میں مبتلا ہو کر بیمار ہو گئی تھی ، اس طرح لکھنا چاہتا تھا "پیاری ماں مجھے یہ سن کر بہت رنج ہوا کہ آپ کی صحت ٹھیک نہیں ہے" لیکن اس نے لکھا یوں "پیاری ماں مجھے یہ سن کر بہت رنج ہوا کہ اب آپ کی صحت ٹھیک ہے" مریض کا اپنی ماں کے تئیں شعوری رویہ محبت و شفقت پر مبنی تھا لیکن اس کے قلم کی یہ معمولی سی لغزش اس کے لاشعوری غصے اور نفرت کی ترجمانی کر رہی تھی ۔ لاشعوری عوامل کی دوسری مثال غذا سے اجتناب کی صورت میں ملتی ہے کچھ جذباتی وجوہات کی بنا پر متعلقہ فرد کا جی کھانے سے بھر جاتا ہے ۔

ایسی کچھ خواتین کی ذاتی زندگی کے نہاں خانوں میں جھانک کر دیکھا گیا تو معلوم ہوا کہ ان میں سے کئی خواتین کھانے کو لاشعوری طور پر حمل سے تعبیر کرتی تھیں اس لیے کہ دونوں ہی حالتوں میں پیٹ بھرنے اور پیٹ کے بڑھ جانے کا احساس شامل ہوتا ہے ۔ کھانے اور حمل کا یہ تعلق ان مریضاؤں میں زیادہ شدید پایا گیا جن کے خاندان میں غذا کی حرص اور جنسی عمل (جس کے نتیجے میں حمل ظہور پذیر ہوتا ہے) دونوں کو غیر اخلاقی قرار دیا جاتا تھا ۔ کھانے سے انکار یوں تو قطعی احمقانہ فعل ہے لیکن ذہنی مریض کے لیے بدکرداری سے بچنے کا ذاتی طور پر ایک پرمعنی وسیلہ ہے ۔

حرکیات کا تعلق مواد سے ہے ۔ اور تشخیص کا ظاہری شکل (Form) ہے ۔ تشخیصی نظریے میں عموماً اس طرح کے سوال اٹھائے جاتے ہیں کہ مرض کی علامتیں کس صورت میں نمودار ہوتی ہیں ؟ فریب ادراک ، خبط ، خیالات کی اڑان وغیرہ وغیرہ کی صورت میں یا ان میں سے کوئی علامت اکثر یا شاذ و نادر ظہور پذیر ہوتی ہے یا پھر یہ کہ کسی ایک علامت کا اظہار کس خاص صورت میں ہوتا ہے ؟ فریب ادراک بصری (Visual) ہے یا سمعی (Auditory) ؟ وغیرہ وغیرہ ۔ اس کے برعکس حرکیاتی نظریہ مریض کے فریب ادراک ، خبط یا واہمہ کے خصوصی مواد اور اس کے جذباتی و علامتی مفہوم کی اہمیت پر زور دیتا ہے ۔ مواد علامات کی قسم اور نوعیت کو بھی واضح کرتا ہے ۔ اس کی حیثیت علامتوں کے درمیان قدر مشترک کی ہے ۔ مثال کے طور پر آپ ان جملوں کو لیجیے جو دفاعی اختلال کی مختلف علامتوں کو ظاہر کرتے ہیں ۔

(1) "وہ مجھے قتل کرنا چاہتا ہے" تعذیبی فریب ادراک (Persecutory Hallucination

(2) "وہ کہتا ہے کہ وہ مجھے مار ڈالے گا" سمعی فریب ادراک (Auditory Hallucination

(3) مجھے ایک شخص دکھائی دیتا ہے جو چاقو لیے ہوئے ہے۔ بصری فریب ادراک (Visual Hallucination)

(4) جب میں شیو کرتا ہوں تو اس خیال کو باز نہیں رکھ سکتا ہے کہ کسی ایک دن کوئی شخص میرا گلا کاٹ دے گا۔ وہم مسلط (Obsession)

یہ تمام جملے مواد کے اعتبار سے یکساں ہیں لیکن ان کے علامتی مفہوم کا انحصار مختلف مریضوں کی نشو و نما کی جداگانہ داستان پر ہوگا اس طرح اس کے مطابق ان کے معنی بھی مختلف ہوں گے۔

حرکیاتی نقطۂ نظر نے بہت سے نظریات کی تشکیل کی نیو تیار کی ہے۔ یہ نظریات تصوّرات کے ایک ڈھانچے کو باقاعدہ طور سے شخصیت کی تشکیل اور نشو و نما کی تشریح و ترجمانی کے لیے استعمال کرتے ہیں فرائڈ کے علاوہ اور بھی بہت سے ماہرین نفسیات مثلاً ینگ (Young) ایڈلر (Adler) ہورنے (Horney) اور سلی وان (Sullivan) وغیرہ نے مختلف نظریات پیش کیے ہیں جن پر آگے چل کر اس باب میں تبصرہ کیا جائے گا۔

نشو و نما کی منظم شکل

بچے کی نشو و نما ایک منظم سلسلے کی صورت اختیار کرتی ہے نئے کردار اسی وقت پیدا ہوتے ہیں جب ان کے لیے مناسب بنیاد تیار ہو جائے۔ اس بنیاد کا انحصار حیاتیاتی پختگی اور نسبتاً آسان و سادہ کردار پر دسترس حاصل ہونے پر ہے۔ مثال کے طور پر آپ جذباتی نشو و نما کو لیجیے۔ سب سے پہلے ایسی غیر ترقی یافتہ بے چینی کی کیفیت کا اظہار ہوتا ہے جس میں کوئی ملاوٹ نہیں ہوتی بے چینی کی پیچیدہ صورتیں یعنی غصّہ اور خوف پانچ ماہ کی عمر سے پہلے ظاہر نہیں ہوتیں۔ تین ماہ کی عمر میں مسرّت (Delight) کا سادہ اظہار ہوتا ہے لیکن اس کی پیچیدہ صورتیں مثلاً جذبۂ شفقت، ایک سال پہلے نمودار نہیں ہوتیں۔ اس دوران میں جذبات کو ایک دوسرے سے ممیّز کرنے اور ان کے اظہار کی صلاحیت بھی نشو و نما پاتی ہے۔ مثال کے طور پر دیکھیے کہ بچے کے غصّے کے اظہار میں تدریجی ترقی پائی جاتی ہے وہ یہ سیکھتا ہے کہ کس بات (یا چیز) پر غصّہ ہو اور غصّہ کو کس طرح زیادہ مؤثر طور پر ظاہر کرے۔ ساتھ ہی وہ یہ بھی سیکھتا ہے کہ کن موقعوں پر غصّے کے اظہار کی بجائے اس کو دبا لینا زیادہ مناسب ہوگا۔ جسم کی کیفیت اور حرکت، گفتگو، خود اپنے ہاتھوں سے کھانا کھانا،

منظم طریقے سے نشو و نما پاتے اور ظاہر ہوتے ہیں۔

کردار کی نشو و نما میں نظم و ترتیب بچپن کے بعد بھی برقرار رہتی ہے۔ مثال کے طور پر عمر اور امراض نفسی کی قسم میں بہت نمایاں تعلق پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر سماجی مرضیاتی کردار جو ماحول پر حملے کی ایک صورت ہوتی ہے، زیادہ بڑی عمر میں ظاہر ہوتا ہے۔ خصوصیت سے اس کا ظہور رجعتی دور میں زیادہ ہوتا ہے۔

نشو و نما میں انفرادی فرق

حالانکہ نشو و نما میں ایک مخصوص نظم و ضبط پایا جاتا ہے تاہم مختلف افراد میں اس کی مختلف صورتیں ہوتی ہیں۔ پیدائش کے وقت ہی نو مولود بچوں کے طول و عرض، جسم کی ہیئت ( ) فعالیت کی سطح، خودکار فعالیت، جذباتی ہیجوں کے تئیں جوابی اعمال، چڑچڑے پن اور خوفزدگی میں کافی فرق پایا جاتا ہے۔ اس کے بعد نشو و نما کے بڑھتے ہوئے قدموں کی رفتار ہر شخص میں مختلف ہوتی ہے۔ صرف رفتار ہی نہیں بلکہ اس کے طرز میں بھی بڑا فرق پایا جاتا ہے۔

انفرادی فرق کی حدیں بہت دُور دُور تک پھیلی ہوئی ہیں مثال کے طور پر زبان کو لیجیے بچہ پہلے بے معنی آوازیں پیدا کرتا ہے۔ ان آوازوں میں پہلے وہ حرفِ صوت ادا کرتا ہے۔ پھر واحد رکنِ تہجی۔ ان کے بعد وہ کئی ارکانِ تہجی کے امتزاج سے پیدا ہونے والی آوازیں نکالتا ہے۔ پھر دوسروں کے بولے ہوئے الفاظ کی نقل کرتا ہے (اکثر یہ نقل غیر واضح ہوتی ہے) اس کے بعد وہ رفتہ رفتہ واضح گفتگو کی طرف بڑھتا ہے۔ ہر بچے میں زبان کی نشو و نما کا طور تو وہی ہوتا ہے لیکن اس کے باوجود ہر بچے میں زبان سیکھنے کی رفتار اور طور میں انفرادی فرق پایا جاتا ہے۔ دیکھا گیا ہے کہ گھر کے تحریک انگیز ماحول میں بچے زیادہ تیزی کے ساتھ بولنا سیکھتے ہیں۔ ان کی بہ نسبت یتیم خانے میں پلے ہوئے بچوں کی زبان کی نشو و نما اتنی سرعت کے ساتھ نہیں ہوتی۔ دو سال کی عمر میں ذخیرۂ الفاظ کا فرق صفر سے لے کر کئی سو الفاظ تک ہو جاتا ہے۔

انفرادی فرق کی ایک اور مثال خود منحصر ہو جانے کی تدریجی ترقی میں پائی جاتی ہے۔ انسان پیدائش کے وقت بالکل لاچار اور دوسروں پر منحصر ہوتا ہے لیکن وہ جس رفتار سے جسمانی و جذباتی آزادی کی طرف بڑھتا ہے وہ قطعی انفرادی ہوتی ہے۔ اگر نشو و نما کی رفتار اور سمت میں انفرادی فرق نہ پائے جاتے تو تفاعلی عارضوں کا سرے سے وجود ہی نہ ہوتا۔

تہذیب اور نشو و نما

مختلف تہذیب و تمدن اور مختلف سماجی طبقوں میں بچوں سے وابستہ توقعات کی نوعیت بھی مختلف ہو جاتی ہے۔ مثال کے طور پر کچھ تہذیبی جماعتوں میں بچوں کا دودھ رفتہ رفتہ اور کچھ جماعتوں میں اچانک بلکہ خوف آور انداز سے چھڑوایا جاتا ہے۔ دودھ چھڑوائے جانے کی عمر میں بھی ایسا ہی فرق پایا جاتا ہے۔ کچھ مغربی تہذیبی جماعتوں میں یہ عمر چند ماہ اور کچھ ہندوستانی قبائل میں پانچ سے چھ سال پر مشتمل ہوتی ہے۔ ہماری تہذیب میں کچھ دہائیوں پہلے عورتوں میں بچوں کو اپنا دودھ پلانے کا رجحان زیادہ تھا۔ کمتر درجے کے سماجی معاشی گروپوں میں دودھ چھڑوائی کی رفتار زیادہ سست ہوتی تھی اور رضاعی مدت بھی زیادہ ہوتی تھی۔

تہذیب اور طبقے کے مطابق بچوں کی پرورش کے طور طریقوں میں جو فرق پائے جاتے ہیں، ان کا بچوں کی نشوونما پر گہرا اثر پڑتا ہے۔ جس بچے کا دودھ چھڑانے میں درشتی سے کام لیا گیا ہے یا جس کی بچے کو اس عمل سے صدمہ پہنچا، ہوسکتا ہے کہ وہ بچے کو اپنے والدین اور دوسرے بڑوں پر اعتماد نہ کرسکے۔ ماہرین نفسیات نے یہ نظریہ قائم کیا ہے کہ اگر محرکات دہن ([illegible]) کی آسودگی نہ ہوسکے تو اس کی وجہ سے دوسری ضروریات کی تسکین کی جستجو جارحانہ انداز اور بے صبری سے ہونے لگتی ہے۔ اس کے علاوہ متاثرہ شخص ان افراد پر ضرورت سے زیادہ تکیہ کرنے لگتا ہے جو اس کی ضروریات کی تکمیل میں معاون ثابت ہوتے ہیں۔ اس میں قنوطی رویہ بھی پیدا ہوسکتا ہے کہ وہ خواہ کتنی ہی کوشش کرے کسی خواہش کی تکمیل نہ ہو سکے گی۔

عنفوانِ شباب میں ہونے والی نشوونما میں بھی تہذیبی رجحانوں ([illegible]) کی عکاسی ہوتی ہے۔ عنفوان شباب کے متعلق دو متضاد عقیدے عام ہیں۔ ایک تو یہ کہ حیاتیاتی وجوہ کی بنا پر عنفوانِ شباب کو تناؤ اور ہیجان کا ایک طوفانی عہد سمجھا جاتا ہے۔ دوسری طرف یہ بھی کہا جاتا ہے کہ ایسا کوئی حیاتیاتی سبب دریافت نہیں ہوا ہے جس کی وجہ سے عنفوانِ شباب کا یہ عبوری دور بچپن کو بلوغت تک بہ آسانی نہ پہنچنے دے۔ اس دوران میں محسوس ہونے والے دباؤ (stress) کی شدت کا انحصار اس مخصوص تہذیبی ماحول پر ہوتا ہے جس میں فرد سانس لیتا ہے۔ اول الذکر خیال کے حامیوں کا کہنا ہے کہ جسمانی و عضویاتی بالیدگی کی وجہ سے اس دور میں جو جسمانی تبدیلیاں آتی ہیں وہ نفسیاتی مشکلات پیدا کرنے کے لیے کافی ہیں۔

ایک نوبالغ (Adolescent) کے غدۂ نخامیہ (Pituitary gland) کے ترشحات اور جنسی ہارمون کے افراز میں تیزی کے ساتھ تبدیلیاں آتی ہیں۔ اس کے جسمانی ڈھانچے کی نشو و نما ہوتی ہے جس کی وجہ سے اس دور میں جسم کچھ بے ہنگم سا بھی لگنے لگتا ہے۔ خصوصی اور ثانوی اعضائے جنسی کی نشو و نما بھی اسی دور میں ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی جنسی خواہشات کی شدت میں بھی اضافہ ہوتا ہے لیکن یہ جسمانی تبدیلیاں ایک تہذیبی پس منظر میں ہوتی ہیں جو عنفوانِ شباب کو یا تو آسان بنا دیتا ہے یا اس کی راہ میں مشکلات کھڑی کر دیتا ہے۔ سیمواا (Samoa) قبیلے میں اس دور میں جنسی کردار پر کوئی روک ٹوک نہیں ہوتی ہے اور نوخیز فرد بڑی آسانی سے عنفوانِ شباب سے گزرتا ہوا بلوغت میں قدم رکھتا ہے اس کو کسی جنسی کشاکش کا سامنا نہیں کرنا پڑتا۔ ہماری پیچیدہ تہذیب میں ایک اوسط درجے کے فرد کو اس دور میں اپنی جنسی خواہشات کو دبانا پڑتا ہے تاکہ وہ کسی ذریعۂ معاش کو اپنانے کی تیاری کر سکے، پھر گرہستی جمائے اور اپنی زندگی کو ایسا رُخ دے سکے جس کا کوئی باقاعدہ مقصد ہو، یہ خاصے مشکل کام ہیں ایک نوبالغ شخص کو چند سالوں ہی میں یہ سارے مسائل طے کرنے ہوتے ہیں جس کی وجہ سے اکثر اس میں عدم اطمینان پایا جاتا ہے۔ اس وقت اس کی خاص معروفیت یہی ہوتی ہے کہ وہ اپنے آپ کو بالغوں کی دنیا میں شامل ہونے کے لائق بنا سکے۔

مناسب نشو و نما کے لیے فرد کو اپنی کچھ آسودگیوں کو قربان کرنا اور کچھ پسندیدہ کرداروں کو چھوڑنا پڑتا ہے۔ مثال کے طور پر ایک بچے کو انگوٹھا چوسنے اور بات بات پر رو دینے کی عادت چھوڑنی پڑتی ہے۔ ان ناپسندیدہ اطوار کی جگہ (جو اس کے لیے بے حد پسندیدہ ہوتی ہیں) نئے اور زیادہ مناسب طور طریقے اپنانے ہوتے ہیں۔ مثلاً صفائی کی عادت، گفتگو کے ذریعے موثر ترسیلِ خیالات، کھیل کود میں مہارت اور صنفِ مخالف کے ساتھ مناسب عمل اور ردِ عمل۔ ناموزوں کرداروں کو رد کرنا اور نئے پسندیدہ و مطلوبہ اطوار سیکھنا خاندان اور سماج کے ذریعے تسلیم شدہ کردار اخذ کرنے کے مترادف ہے، بالفاظِ دیگر مرے (Murray) کا (Press) کا تصور جس کا ہم نے اس سے پہلے باب میں ذکر کیا تھا۔ پروان چڑھتے ہوئے بچے کو سماج منظور شدہ طور طریقے اختیار کرنے پر مجبور کر سکتا ہے۔ اس لیے بچے کو انعام یا صلے (ستائش، محبت اور کچھ مادی اشیا) خصوصاً شفقت کی حاجت ہوتی ہے۔ اس کے علاوہ اسے سزا کا خوف بھی ہوتا ہے۔ سزا کا خوف اور صلے کی تمنا اس میں سماج کے منظور شدہ کردار کے لیے قبولیت پیدا کر دیتی ہے۔ فی نیچل (Fenichel 1954) کا کہنا ہے۔

"چھوٹا بچہ اگر کسی کی شفقت کھو بیٹھے تو اس سے اس

کی خود داری مجروح ہوتی ہے۔ وہ خود اپنی نظروں میں گر جاتا ہے۔ محبت و شفقت واپس مل جائیں تو اس کی مجروح خودداری پھر جی اٹھتی ہے۔ بچوں کی اثر پذیری کا سبب اسی حقیقت میں پوشیدہ ہے۔ انھیں محبت و شفقت کی اس قدر سخت ضرورت ہوتی ہے کہ اگر ان سے بطور انعام محبت کا وعدہ کیا جائے یا بطور سزا محبت واپس لے لینے کی دھمکی دی جائے تو وہ اپنی بعض مسرتوں کو قربان کرنے کے لیے تیار ہو جاتے ہیں۔"

تہذیبی طور پر مناسب کردار کو اپنانے سے ہمیشہ ہی خود داری میں اضافہ نہیں ہوتا اس لیے کہ تہذیب سے مطابقت پیدا کرنے کا سخت مطالبہ اکثر بچے کی خود مختاری اور خودداری کے جذبے کو مجروح کر سکتا ہے۔ اس کے لیے اکثر اُسے بہت بڑی تشویش اٹھانی پڑتی ہے جس کی وجہ سے اس میں خود اپنی رائے قائم کرنے کی صلاحیت پر اعتماد باقی نہیں رہتا اس لیے کبھی کبھی فرد سماج سے مطابقت پیدا کرنے کے خیال سے دستبردار ہو کر باغی بن جاتا ہے۔ ایک صورت یہ بھی ہوتی ہے کہ سطحی طور پر سماج اور اس کی بندشوں کو قبول کر لیا جائے لیکن ذہن و شعور کی گہرائیوں میں ان کے خلاف شدید باغیانہ جذبہ موجود ہو۔ یہ آخری خصوصیت ان افراد میں پائی جاتی ہے۔ جن میں انفعالی (Passive) جارحیت موجود ہوتی ہے۔ یہ افراد بظاہر تو تہذیب سے تطابق پیدا کر لیتے ہیں لیکن ایک خاموش طریقے سے اپنی برافروختگی اور معاندانہ جذبے کا اظہار بھی کرتے رہتے ہیں۔ ان جذبات کا اظہار عموماً مزاج میں ضد اور فرائض کی انجام دہی میں ٹال مٹول سے ہوتا ہے۔

اونچے درجے کی ذہانت اور سماجی نشوونما کے درمیان کا تعلق بھی ایک خصوصی اور دل چسپ مسئلہ ہے۔ ٹرمن اور اوڈن (Terman and Oden 1947-53) نے ایسے ایک ہزار بچوں کا ایک طویل مدت تک مطالعہ کیا جن کی قدر ذہانت ایک سو چالیس یا اس سے زیادہ تھی۔ جب ان کا مشاہدہ تیس اور اس کے بعد 44 برس کی عمر میں کیا گیا تو دیکھا گیا کہ ان ذہین افراد کی جماعت کا اوسط فرد عام افراد کے مقابلے میں جسم اور صحت کے لحاظ سے زیادہ بہتر تھا۔ ازدواجی زندگی میں ہم آہنگی کے لحاظ سے ذہین افراد نسبتاً کم ذہن افراد کے یا تو برابر تھے یا ان سے بہتر تھے سماجی تطبیق میں بھی اس کی فوقیت تھی۔ تیس برس کی عمر میں جنون کی ہسٹری ان میں ایک فی صد سے بھی کم اور 44 برس کی عمر میں تین فی صد سے ذرا اوپر پائی گئی۔ 44 برس کی عمر میں مراجعتی دور شروع ہو جانے

کی وجہ سے درازی عمر کی نفسیاتی مشکلات شروع ہو جاتی ہیں اور ہر ذہنی سطح کے لوگوں میں جنون کے امکانات تیزی سے بڑھنا شروع ہو جاتے ہیں) یہ فی صد عام افراد میں پائے جانے والے فی صد کے برابر ہی ہیں۔ تاہم اس بات کے ثبوت ملے ہیں کہ ذہین افراد میں جنون کی شدت کم ہوتی ہے اور علاج کے بعد ان کی صحت یابی کے امکانات عام افراد کے مقابلے میں زیادہ ہوتے ہیں۔ یہ عام نتیجہ اخذ کیا گیا کہ اعلا درجے کی ذہانت اور بہتر حیاتیاتی، سماجی ازدواجی اور جذباتی نشوونما کے درمیان ایک مثبت ربط موجود ہے۔

یہاں دو نکتوں پر غور کرنا ضروری ہے ایک تو یہ کہ کسی دوسرے تہذیبی ماحول میں ذہانت کا اوپر مذکورہ بالا نوعیت کا بھی ہو سکتا ہے اور مختلف بھی اس سلسلے میں اعداد و شمار حاصل نہیں ہو سکے ہیں۔ دوسرے یہ کہ ہماری اپنی تہذیب میں بھی ذہین افراد کی بہتر تطبیق کی ایک وجہ ان کا سماجی معاشی منصب بھی ہو سکتا ہے اس لیے کہ ذہین افراد عموماً بہتر سماجی و معاشی پوزیشن حاصل کرنے میں کامیاب ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ چونکہ ذہانت کے یقینی بر وراثت کی اثراندازی ہوتی ہے اس لیے ہو سکتا ہے جو عوامل ذہانت کو متاثر کرتے ہیں وہ ان غیر ذہنی اوصاف اور افتادِ طبیعت کو بھی متاثر کرتے ہوں جن سے تطبیق میں مدد ملتی ہے۔

نشوونما کے خصوصی پہلو

حیاتیاتی اور سماجی نشوونما کے دوران کئی خصوصی پہلو ظاہر ہوتے ہیں جن کے مطابق ایک جاندار پختگی کو پہنچتا ہے۔ یہ خصوصیات سب ہی تہذیبی جماعتوں میں پہچانی جاتی ہیں۔

غیر ممیز سے ممیز کی طرف

نومولود کا ادراک اور اس کے حرکی جوابی اعمال مبہم ہوتے ہیں۔ ان کی کوئی واضح صورت نہیں ہوتی اس لیے نشوونما کا ایک بڑا حصہ اشیا کو ممیز کرنے اور واضح جوابی اعمال پیش کرنے پر منحصر ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر پختگی آنے پر بچہ ایک سودمند اور خطرناک صورتِ حال کو ایک دوسرے سے ممیز کر سکتا اور اسی کے مطابق عمل کر سکتا ہے۔ نفسی امراض کی کیفیت میں ادراک اور حرکی جوابی اعمال ناکافی ہوتے ہیں اور ایک دوسرے سے غلط طور پر ممیز کیے جاتے ہیں۔ مثال کے طور پر مرضیاتی خوف میں مبتلا شخص بے ضرر قسم کی اشیا اور کیفیات سے بھی اسی قدر ڈرتا ہے جتنا وہ صحیح معنوں میں خطرناک اشیا سے ڈر سکتا ہے۔ اس کے برعکس

کچھ ذہنی مریض انتہائی باریک بینی سے اشیا کا مشاہدہ کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر پیرا نوئیا کے مریض ہر شخص کی غیر ضروری چھان بین کرتے ہیں۔

بے بسی سے خود مختاری کی طرف

نفسیاتی طور پر دوسروں پر منحصر ہونے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ ننھا بچہ بالکل بے بس ہوتا ہے۔ وہ اپنی کسی جسمانی ضرورت کی تکمیل نہیں کر سکتا۔ تاوقتیکہ کوئی بڑا اس کی مدد نہ کرے۔ اوسط درجے کا دو سالہ ننھا اپنی ماں سے چپکا رہتا اور اجنبیوں سے گھبراتا ہے۔ لیکن جیسے جیسے اس میں پختگی آتی ہے وہ خود مختار اور مہم جو ہوتا جاتا ہے۔ وہ لوگوں سے زیادہ کھل کر ملتا ہے اور خود فیصلے کرتا ہے شفقت اور ہمت افزائی کی ضرورت اُسے کم ہی رہ جاتی ہے۔

دوسروں پر تکیہ کرنے کی شدید خواہش سازگاری کی بہت سی مشکلات کا ایک اہم نشان ہے۔ مثال کے طور پر ناسورِ معدہ کے مریضوں میں اکثر دوسروں پر انحصار کرنے کی لاشعوری اور ناآسودہ خواہش پائی جاتی ہے۔

اضطراری سے غیر اضطراری اور نامرادی کی عدم برداشت سے برداشت کی طرف

ننھے بچے کا اپنی ہیجانی اور اضطراری خواہشات پر کوئی قابو نہیں ہوتا۔ بھوک، رفع حاجت ضد اور دوسری ضروریات فوری تسکین چاہتی ہیں۔ وقت کے ساتھ ساتھ وہ اپنی خواہشات پر قابو اور ناآسودگی کے احساس کو برداشت کرنا سیکھتا ہے۔ وہ رفع حاجت کے مناسب طور طریقے سیکھتا ہے۔ کھانے کے وقت کا انتظار کرنا اور اپنی جارحانہ خواہشات پر قابو پاتا ہے۔ یہ بندشیں پہلے والدین کی طرف سے لگائی جاتی ہیں۔ پھر انسان کی اپنی اکتساب شدہ عادتیں، اخلاقی اقدار اور دفاعی تدابیر کو قائم رکھتی ہیں۔

بہت سے ذہنی مریض خود پر قابو پانے کی صلاحیت حاصل کرنے میں ناکام رہتے ہیں۔ کہیں کہیں غیر معمولی پابندیوں کی مثالیں بھی پائی جاتی ہیں۔ مثال کے طور پر جبری وہم مسلط کے مریضوں میں اِڈ کی ہیجانی خواہشات پر قابو حاصل کرنے کا سخت گیر میکانیہ (Mechanism) اس کی مثال ہے۔ اِڈ کی خواہشات، فوق الانا کے مطالبات اور حقائق کے درمیان موثر لیکن لچک دار توازن پیدا کرنے کی صلاحیت کے سلسلے میں قوت انا (Ego Strength) کی اصطلاح

کا استعمال کیا جاتا ہے۔ تغیر پذیری ماحول اور ذات پر مناسب قابو اور احساس نامرادی کو برداشت کرنے کی صلاحیتیں قوت اَنا کے مرکزی عناصر ہیں۔ عصباتی اشخاص کچھ حد تک اور مجنون افراد بڑی حد تک ایسے افراد قرار دیے جا سکتے ہیں جن کی اَنا خاطر خواہ قوت سے عاری ہے۔

طفلانہ جنسیت سے بالیدہ جنسیت کی طرف

فرائڈ سے پہلے لوگوں کا خیال تھا کہ آغاز بلوغ سے پہلے جنسی جذبات نہیں پائے جاتے ہیں اور اگر پائے جاتے ہیں تو ابنارمل بچوں میں۔ لیکن فرائڈ کے زمانے سے اس خیال کو عام طور سے تسلیم کیا جانے لگا کہ کسی بھی دوسرے نفسیاتی یا جسمانی وصف کی طرح جنسی بالیدگی کی ابتدا بھی ناپختگی کی منزل سے ہوتی ہے۔ بچوں کے جنسی جذبات و محرکات مبہم جنسیت سے شروع ہوتے ہیں۔ زندگی کے پہلے دو تین سالوں میں ان کے اظہار اور تسکین کے مرکز دہن اور مقعد تک محدود رہتے ہیں۔ اعضائے جنسی پر ان کی دسترس بعد میں ہوتی ہے ۔ اسی وقت ان کو اوّلیت حاصل ہوتی ہے۔ ابتدائی جنسی محرکات کے تحت وہ افراد نہیں ہوتے جو بالغوں میں پائے جاتے ہیں۔ جنسیت محض ناپختہ میلان اور تاثرات پر منحصر ہوتی ہے۔ دورِ طفلی میں جنسی تحریک کی موجودگی کے بیّن ثبوت ملتے ہیں۔ مشاہدے سے معلوم ہوا ہے کہ اگر دہن و مقعد کے احاطوں میں تحریک پیدا کی جائے تو بچوں میں اس سے لطف اندوز ہونے کی جو کیفیت پائی جاتی ہے وہ بالغوں کی جنسی لذت سے ملتی جلتی ہے۔

جلق پر اگر بڑے سخت پابندیاں نہ لگائیں تو یہ سب بچوں میں پایا جائے گا۔ اعضا کے متعلق شدید تجسس کا اظہار کرتے ہیں۔ اپنے جسم کی نمائش کا جذبہ بھی تمام بچوں میں پایا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں بلوغت سے پہلے ہم جنسی کے تجربات بہت عام ہیں خصوصیت سے لڑکوں میں۔ تحلیل نفسی کے ذریعے کیے جانے والے علاج کے دوران بازیافت اور بالغوں کے خواب یا دوسرے تجرباتی مطالعے طفلانہ جنسیت کی نشان دہی کرتے ہیں جن مختلف جنسی ادوار سے ایک شخص اپنی نشوونما کے دوران گزرتا ہے وہ آگے بیان کیے جائیں گے۔

خود مرکوز سے دیگر مرکوز

جیسے جیسے جنسی جذبہ نشوونما پاتا ہے ویسے ویسے بچہ دوسروں میں دلچسپی کا اظہار کرنے لگتا ہے۔ اب وہ دوسروں کو اپنی ضروریات کی تسکین کا ذریعہ ہی نہیں سمجھتا بلکہ ان کے ساتھ

اشتراک عمل بھی شروع کر دیتا ہے۔ فرائڈ نے نفسیاتی پختگی کی تعریف کرتے ہوئے کہا ہے کہ نفسیاتی پختگی اور صحت کا مطلب ہے کہ انسان دوسروں سے محبت کرنے اور شریک کار بننے کا اہل ہو گیا۔ ناپختہ اور ذہنی خلل میں مبتلا شخص محبت کا اہل نہیں ہوتا۔ یا تو انتشار نفس کے مریض کی طرح وہ اپنی ذات کے خول میں سمٹا ہوا ہوتا ہے یا پیرانوئیا کے مریض کی طرح ساری دنیا سے برگشتہ رہتا ہے یا عصباتی مریضوں کی طرح یوں تشویش میں مبتلا ہوتا ہے کہ نہ تو دوسروں کے ساتھ آزادانہ طور پر محبت و شفقت کے ساتھ مل سکتا ہے اور نہ ان کے ساتھ مل کر کوئی کام کر سکتا ہے۔

نشو و نما کے مراحل

مختلف محققین نے نشو و نما کی مختلف اسکیمیں پیش کی ہیں۔ ان سب کا اس بات پر اتفاق ہے کہ نشو و نما میں ایک مخصوص ترتیب و تنظیم پائی جاتی ہے لیکن اس ترتیب و تنظیم کی نوعیت اور اس کی ابتدا کے بارے میں اتفاق نہیں پایا جاتا۔

ہم اس طرح کے تین نظام پیش کریں گے جو جیسل (Gesell) فرائڈ (Freud) اور سلی وان (Sullivan) نے پیش کئے ہیں۔ یہ کچھ حد تک ایک دوسرے سے متفق بھی ہیں اور کچھ حد تک مختلف بھی ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ ان تینوں نے نشو و نما کی نفسیات کی جو وضاحتیں پیش کی ہیں وہ دراصل ایک دوسرے کی تکمیل کرتی ہیں۔ ہم نہ کسی ایک سے مکمل اتفاق کر سکتے ہیں اور نہ اختلاف۔

نظریہ زمانی (CHRONOLOGICAL APPROACH)

جیسل اور اس کے ساتھیوں نے ایک خالص ادوار سے وابستہ نظریہ پیش کیا ہے۔ اس کے تحت اس نے ہر عمر کے اوسط فرد کے اس خارجی کردار کو پیش کیا ہے جس کا مشاہدہ کیا جا سکے۔ مثال کے طور پر ایک اوسط درجے کا روایتی طفل چار مہینے کی عمر میں سہارے کے ساتھ بیٹھنا شروع کرتا ہے۔ سات ماہ کی عمر میں بغیر کسی سہارے کے بیٹھنے لگتا ہے اور دس ماہ کی عمر میں گھٹنوں کے بل رینگنے لگتا ہے۔ ان ادوار کے تعین میں زبردست انفرادی فرق پائے جاتے ہیں۔ تاہم یہ اوسط درجے کی صورت کو پیش کرتے ہیں۔ سماجی نشو و نما میں چھ مہینے کا بچہ دوسروں کے ساتھ شامل ہونے لگتا ہے۔ جس کا اظہار یہ دوسروں کو چھونے، انھیں دیکھ کر غوں غاں کرنے یا کسی بچے کو دیکھ کر خفا ہونے کی صورت میں ہوتا ہے۔ ایک سال کی عمر کا بچہ کھلونوں کے لیے لڑتا ہے۔ اپنے مقابل کو غصے سے دیکھتا اور دانت کاٹتا یا مارتا ہے۔ ۱۸ ماہ کی عمر کا بچہ دوسروں کے ساتھ مل کر کھیلنا شروع

جیسیل نے ان تمام مشاہدات کو چند سلسلہ وار منزلوں میں تقسیم کر دیا ہے۔ جن میں طفولیت، ابتدائی بچپن، ابتدائی تعلیمی سال، درمیانی بچپن، آغاز بلوغت اور بعد کے بقیہ سالوں کی تقسیم بھی شامل ہیں۔ ایک ہو سکتا ہے کہ ایک بچہ سماجی نشو ونما کی کسی ایک منزل میں ہو، ذہنی نشو ونما کی کسی دوسری منزل میں اور حرکی نشو ونما کی کسی تیسری منزل میں۔ یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ ہر منزل میں کردار کی تنظیم (Integration) میں اضافہ ہوتا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ہر منزل میں نئے کردار بھی نمودار ہوتے رہتے ہیں جن پر ابھی پوری طرح عبور حاصل کرنے میں وقت لگتا ہے۔ (مثال کے طور پر اسکول میں اٹھنے بیٹھنے کے طور طریقے کھیل کے نئے انداز وغیرہ) آخر میں ایک ایسی نئی اور بلند پایہ ترتیب ظہور پذیر ہو جاتی ہے جس میں ان نئے کرداروں پر پوری طرح دسترس ہو جاتی ہے۔ نشو ونما کے اس نقشے میں کافی اتار چڑھاؤ کی مثالیں ملتی ہیں۔ ہر نئی منزل پہلی منزل کے بہ نسبت زیادہ بلند ہوتی ہے۔ یہ سلسلہ پختگی یا بلوغت کی منزل تک پہنچنے کے بعد ختم ہو جاتا ہے۔ اس لیے کہ اس عمر میں تمام مطلوبہ کرداروں پر عبور حاصل ہو جاتا ہے۔ پہلے سے اخذ کردہ کردار نئے کرداروں کے ساتھ مربوط ہو چکے ہوتے ہیں۔

اس نظریے کے تحت نشو ونما میں کئی طریقوں سے نقص آ سکتا ہے۔ کسی بھی شعبے میں نشو ونما رک سکتی ہے ہو سکتا ہے ایک شخص کھیلنا کسی پر اعتماد کرنا یا صنف مخالف کے ساتھ اختلاط کرنا نہ سیکھ سکے۔ اس کے علاوہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ نشو ونما کی رفتار بہت سست ہو یا اس کی ترتیب مناسب نہ ہو۔

نظریۂ نظامِ اعضا (THE ORGAN SYSTEM APPROACH)

یہ نظریہ تحلیل نفسی کے کلاسیکی جنسی نشو ونما کا نظریہ ہے۔ اس سے قبل کہ ہم اس کی تفصیلات میں جائیں ہم کو تحلیل نفسی کے بنیادی تصورات، شعور، لاشعور اور کشاکش (Conflict) کو سمجھنا ہوگا اس لیے کہ ان میں اور فرائڈ کے جنسی نظریے میں چولی دامن کا ساتھ ہے۔

شعور اور لاشعور کی تعریف بہت مشکل ہے۔ اگر ہم شعور کی تعریف "آگاہی" (Awareness) کہہ کر کریں تو ایک مزید سوال پیدا ہوگا۔ اس لیے کہ آگاہی بذات خود تشریح طلب ہے۔ اس مسئلے کا حل یہی ہے کہ ہم کچھ کرداروں کو بطور مثال پیش کریں اور ان کے ذریعے لفظ شعور کو سمجھنے کی کوشش کریں۔

ان میں سب سے کارآمد مثال خود فرائڈ نے پیش کی ہے۔ اس کا کہنا ہے کہ کسی چیز کا شعور

ہونے کا مطلب ہے کہ انسان اس چیز کو الفاظ میں بیان کر سکے یا اس کا تصور کر سکے۔ اگر کسی شے کا شعور نہیں ہے تو اس کا مطلب ہے کہ وہ نہ تو اسے الفاظ میں بیان کر سکتا ہے نہ احاطۂ تصور میں لا سکتا ہے گویا لاشعور نہ تو بیان کا پابند ہے نہ تصور کا۔ یہاں یہ سمجھ لینا ضروری ہے کہ لاشعور وہ نہیں ہے جس کا تصور نہیں کیا گیا ہے یا جسے الفاظ میں نہیں باندھا گیا ہے بلکہ وہ ہے جسے نہ تصور کی گرفت میں لایا جا سکتا ہے نہ الفاظ کی۔ فرائڈ نے قبل شعور یا تحت الشعور کی اصطلاح بھی استعمال کی ہے یہ اس مواد کے لیے ہے جو کسی مخصوص وقت میں تصور یا الفاظ کی گرفت میں نہیں لا گیا ہے لیکن کسی اور وقت تصور میں لایا جا سکتا ہے یا بیان کیا جا سکتا ہے۔ واضح ہو کہ ناقابل تصور دوسرے الفاظ میں ناقابل بیان بھی بن جاتا ہے اس لیے کہ ہم کسی شخص کے الفاظ سے ہی اس کے تصورات تک پہنچتے ہیں۔

الفاظ میں بیان کرنے کا معیار محض ان انسانوں کے ذیل میں کارآمد ہے جو الفاظ کا استعمال کرتے ہیں۔ جانوروں، ننھے بچوں، یا ان افراد پر اس کا اطلاق نہیں ہو سکتا جو کسی جسمانی نقص کی وجہ سے الفاظ کا استعمال نہ کر سکتے ہوں۔ ان صورتوں میں شعور کی تشریح ایک علاحدہ مسئلہ ہے جس سے ہم یہاں بحث نہیں کریں گے۔

نظریۂ تحلیل نفسی کے مطابق سب سے اہم کشاکش اڈ، انا، فوق الانا اور مثالی انا (Ego Ideal) کے درمیان ہوتی ہے۔ اِڈ پیدائشی اور اضطراری محرکات یا جبلتوں کا مخزن ہے۔ پیدائش کے وقت نومولود صرف اِڈ کا حامل ہوتا ہے۔ اِڈ کی قوت کو لبیڈو (Libido) کہا گیا ہے۔ اگر بھوک، جنسی جذبے یا کسی اور جبلی خواہش کی وجہ سے پیدا ہونے والا تناؤ قوت برداشت سے باہر ہو جاتا ہے تو اِڈ کی کوشش ہوتی ہے کہ اس تناؤ سے نجات حاصل ہو اور کسی اضطراری حرکت یا کسی خواہش کی غیر حقیقی تسکین کے ذریعے انرجی کا توازن از سر نو قائم ہو جائے۔ اگر بچہ بہت بھوکا ہے اور اس کو غذا نہیں مل رہی ہے تو وہ دودھ کی بوتل یا ماں کے تصور سے تسکین حاصل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔

فرائڈ کے مطابق بچے کے تصورات، نارمل آدمی کے خواب اور ایک مجنون کے غلط ادراک، سب کے سب فریب خیال کی ایسی صورتیں ہیں جن کی تہہ میں خواہشات کی تکمیل کا جذبہ پایا جاتا ہے۔

تناؤ کو دور کرنے کا زیادہ موثر ذریعہ انا (Ego) ہے۔ یہ مختلف عوامل کا ایسا مجموعہ ہے جو بچپن کے دوران اڈ سے خارج ہو کر علاحدہ نشو و نما پانے لگتا ہے۔ انا کا رخ باہر کے حقائق کی طرف بھی ہوتا ہے اور اڈ کی اندرونی جبلتوں کی طرف بھی۔ یہ حقائق کے کارآمد

پہلوؤں کو ڈھونڈتی تسکین حاصل کرنے کے اقدامات کی منصوبہ بندی، اور جانچ کرتی اور (موقع کی مناسبت سے) ان سے وابستہ توقعات قائم کرتی ہے۔ یہ اِڈ اور حقیقی دنیا کے درمیان وسیلے کا کام کرتی اور فوق الانا اور اڈ کے درمیان رابطہ قائم کرتی ہے۔ فوق الانا، انا سے ہی پیدا ہوتی ہے۔ یہ سماج کی اقدار کی داخلی نمائندگی کرتی ہے۔ انا کے عوامل اِڈ کی اضطراری تحریکوں کی اصلاح کرتے ہیں تاکہ وہ اِن اقدار سے ہم آہنگ ہوسکیں۔ مثال کے طور پر اڈ کی جارحیت کا تقاضا ہے کہ بے سوچے سمجھے کسی کو بھی مار بیٹھو لیکن انا جب جارحیت میں ترمیم کرتی ہے تو اِڈ کی جارحیت نسبتاً ٹھنڈی اور زیر قابو ہوجاتی ہے۔

فوق الانا کی ترتیب دو ذیلی نظاموں پر مشتمل ہوتی ہے ایک تو ضمیر (Conscience) جس میں تمام تجر ممنوعہ شامل ہوتے ہیں یعنی وہ منفی اقدار، وہ باتیں جنھیں آپ کو نہیں کرنا ہے۔ بچہ انھیں اپنے والدین سے حاصل کرتا ہے۔ دوسرا نظام مثالی انا (Ego Ideal) کہلاتا ہے اس میں تمام مثبت اقدار اور فرد کے نصب العین شامل ہوتے ہیں۔ ضمیر عام طور پر شعوری اور لاشعوری ہوتا ہے۔ اکثر فرد خود بھی اُسے اچھی طرح سمجھ نہیں پاتا۔ اس کے برعکس انا کا نصب العین شعوری ہوتا ہے اور ساتھ ہی اس میں لچکیلا پن بھی ہوتا ہے۔ (اکثر ماہرین نظریات فوق الانا کو ضمیر کے مترادف معنوں میں استعمال کرتے اور مثالی انا کو انا کا ایک حصہ مانتے ہیں)۔

عصابی مریض کا اڈ اور فوق الانا دونوں بہت طاقت ور ہوتی ہیں۔ اگر اس کے اڈ کی اضطراری خواہشات پر کوئی روک نہ لگائی جائے تو اس کا کردار سماج میں تسلیم نہیں کیا جائے گا۔ اس لیے اس کی فوق الانا اس پر روک لگاتی یا انھیں مسخ کرکے مریضانہ علامات کی صورت میں پیش کرتی ہے۔ اکثر لوگوں کا کہنا ہے کہ عصابی مریض ایک ایسا مجرم ہوتا ہے جس میں جرم کی ہمت نہیں ہوتی۔ بالفاظِ دیگر وہ اپنے محرکات کو بالواسطہ عمل میں تبدیل کردینے کی ہمت نہیں رکھتا۔

فرائڈ کے نظریے کے مطابق اڈ، انا اور فوق الانا کی کارکردگی جنسیت کے گرد گھومتی ہے۔ اڈ کی اضطراری خواہشات جسم کے بعض اعضاؤں پر مرکوز ہوتی ہیں۔ ان میں تدریجی تبدیلیاں آتی ہیں۔ جب کوئی نیا علاقہ اہمیت کا حامل ہوجاتا ہے تو فرد کی نفسی جنسیاتی (Psycho Sexual) زندگی کا ایک نیا دور شروع ہوتا ہے۔ نفسی جنسیاتی ایک بڑی وسیع اصطلاح ہے۔ اس میں حیاتیاتی جنسیت بھی شامل ہے جس کا مقصد ایسے لطف و تسکین کا حصول ہوتا ہے جو جنس سے براہِ راست وابستہ ہو، اور وہ لاشعوری و شعوری جذبات، خیالات و ادراک بھی جو جنسیت اور لذت حاصل کرنے کی

خواہش کی عکاسی کرتے ہیں۔ شہوتی حلقے (Erogenous Zones) جسم کے وہ حصے ہیں جن اشتعال انگیزی سے فرد حظ حاصل کرتا ہے۔ ان میں خصوصیت سے دہن مقعد و اعضائے جنسی کے وہ حصے ہیں جن میں جسم کی حساس نسیں جلد کے بہت قریب ہوتی ہیں (جلد کا تحریک سے بھی جنسی لطف حاصل ہو سکتا ہے) یہی فرد کی جنسی نشوونما کے مراکز ہیں۔

دہانی دور (ORAL STAGE)

دہانی دور میں جو تقریباً پہلے دو سالوں تک چلتا ہے، دہن اور لب ایک مسرت انگیز احساس کا وسیلہ بنتے ہیں۔ ذائقہ، لمس اور حرکی حس جو چوسنے اور کھانے کے عمل سے پیدا ہوتی ہے ابتدائی نوعیت کی شہوانی تسکین کا ذریعہ ہے۔

اس دور کے ابتدائی مرحلے میں ننھا بچہ ہر شے کو اپنی ذات میں داخل کرنا چاہتا ہے۔ وہ اشیا کو اپنے منہ میں رکھ لیتا ہے اور انھیں واپس نہیں کرنا چاہتا بعد میں وہ تخریب کاری کی طرف مائل ہو جاتا ہے۔ کاٹتا ہے، اپنے دانتوں کا جارحانہ استعمال کرتا ہے اور جو چیزیں پسند نہ آئیں انھیں تھوک دیتا ہے۔ شخصیت کے تحلیل نفسی سے وابستہ نظریے کے مطابق ان تمام ادوار کے دوران تسکین کی کمی یا بہت زیادہ آسودگی، دونوں سے مخصوص قسم کی شخصیتیں پیدا ہوتی ہیں۔ اگر ماں دہانی آسودگی میں مددگار ثابت ہوتی ہے (خصوصیت سے چوسنے کے عمل میں) تو بچے میں رجائیت اور خود اعتمادی پیدا ہوتی ہے۔ گویا بچے کو یہ احساس ہوتا ہے کہ جس طرح اُسے بچپن میں کھلایا جاتا رہا ہے اسی طرح ہمیشہ کھلایا جاتا رہے گا۔ دوسری طرف چیزوں کو اپنی ذات میں داخل کرنے سے محرومی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بچے میں قنوطیت بے صبری اور دوسروں پر تکیہ کرنے کی عادت اور پیدا ہوتی ہے۔ ایسے فرد کا کردار کچھ اس قسم کا ہو جاتا ہے کہ جیسے ابھی تک وہ محرومی کا شکار ہے۔ وہ چاہتا ہے کہ لوگ اب بھی اس کی خاطر کریں، اُسے کھلاتے رہیں۔ کبھی کبھی ابتدائی عمر میں دہانی آسودگی سے محرومی بڑے ہونے پر بسیار خوری اور موٹاپا پیدا کرتی ہے علاوہ کبھی کبھی ضرورت سے زیادہ بڑھی ہوئی نوشی کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔ کاٹ کھانے کے اضطراری جذبے سے محرومی آگے چل کر طنز و تشنیع یا مادی تخریب کاری کی شکل اختیار کر سکتی ہے۔

مقعدی دور (ANAL STAGE)

اس دور میں مقعد کے آس پاس کا علاقہ لمس اور حرکی حس سے لطف اندوز ہونے کا ذریعہ

بن جاتا ہے۔ ننھے بچے میں فضلے کے لیے گھناؤنے پن کا وہ ردِ عمل نہیں پایا جاتا جو بڑوں میں ملتا ہے۔ وہ فضلے کو اِدھر اُدھر لگا لیتا ہے، اس سے کھیلتا ہے اور مقعدی اشتغال کو پسند کرتا ہے۔ فرائڈ کا کہنا ہے کہ یہ حقائق مقعدی جنسیت کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ حوائج ضروریہ کی تربیت اور مقعدی جنسی احساس کے نتیجے میں بچے میں کئی اوصاف پیدا ہو سکتے ہیں۔ ان میں سے کچھ اوصاف ہیں ضروری کاموں کو ٹالنے اور پھر آخری وقت میں دوڑ بھاگ کر کے طرح ان کی تکمیل میں جٹ جانا۔ کسی دوسرے کی دخل اندازی کی سخت مزاحمت، دوسروں کو فرائض تفویض نہ کر سکنا اور یہ سوچنا کہ کوئی اور شخص اس کام کو اتنی اچھی طرح کر ہی نہیں سکتا وغیرہ۔ اگر بچے کو اخراجِ اجابت سے تعلق رکھنے والی ناہمواریوں پر زیادہ روک لگائی جائے یا سزا دی جائے تو وہ ضرورت سے زیادہ محتاط بن جاتا ہے۔ اس میں یہ خیال پیدا ہو جاتا ہے کہ جب تک وہ یہ طے نہ کر لے کہ اس کا ردِ عمل صحیح ہے یا نہیں، اُسے ردِ عمل کا اظہار نہیں کرنا چاہیے۔ اس طرح اس میں عدم تحفظ کا احساس پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ یہ نہیں سمجھ سکتا کہ اس کے والدین اسے نہیں بلکہ اس کی گندی عادتوں کو ناپسند کر رہے ہیں۔ اس لیے اس میں نااہلی کا احساس بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ کیوں کہ فضلے کے اخراج سے تعلق رکھنے والے اعضا، اعضائے جنسی کے بہت قریب ہوتے ہیں۔ اس لیے بچہ ان دونوں بہت قریبی تعلق پیدا کر لیتا ہے۔ تعمیم (Generalization) کے عمل کی وجہ سے ایک کو دوسرے کا بدل قرار دے کر جنسی تشویش اور اظہار بستگی کا اکتساب کر سکتا ہے۔ فرائڈ کا دعویٰ ہے کہ مقعدی دور کے ارتکاز (Fixation) سے تین اوصاف پیدا ہو سکتے ہیں مزاج میں انتہائی ضد، بخالت، اور حد درجے کی صفائی پسندی۔ یہ آخری وصف گندگی کو پسند کرنے کے شدید ردِ عمل کے طور پر پیدا ہوتا ہے۔ فرائڈ کا یہ بھی کہنا ہے کہ جبری وہم مسلط کے مریضوں میں یہ اوصاف بار بار آشکارا ہوتے رہتے ہیں اس لیے اس کے مطابق جبری وہم مسلط بذاتِ خود ایک مقعدی ارتکاز ہے۔

نفسیاتی علاج میں عہدِ طفلی کے دبائی (مقعدی) تجربات کی اہمیت اکثر بہت واضح ہو کر سامنے آتی ہے۔ ایک بالغ عصابی مریضہ نے شکایت کی کہ جب بھی کسی نے اُسے کوئی چیز دی، وہ اُسے بدلے میں کچھ نہ کچھ دینے پر مجبور ہوتی تھی۔ اس کی ماں نے بتایا کہ مریضہ کی بول و براز کی ترتیب کے سلسلے میں اس نے یہ طریقہ اپنایا تھا کہ جب وہ کموڈ پر بیٹھتی تھی تو اس کے ہاتھ میں دودھ کی بوتل پکڑا دی جاتی تھی۔ بالفاظ دیگر بہ یک وقت اُسے کچھ دیا بھی جاتا تھا اور ساتھ ہی اس سے کچھ طلب بھی کیا جاتا تھا۔

مقعدی دور میں ہی، جو دوسرے اور تیسرے سال میں پایا جاتا ہے۔ بچے میں جارحیت اپنے پورے عروج کو پہنچی ہوئی ہوتی ہے بچّے پر غصّے کے دورے پڑتے ہیں۔ چیزوں کو توڑنے پھوڑنے کی ہیجانی خواہش پیدا ہوتی ہے اور والدین کے خلاف بھی اس کے اندر شدید جارحانہ جذبات پلئے جاتے ہیں۔ اگر اس وقت اس کو دو گڑیا ئیں دی جائیں اور اس سے کہا جائے کہ یہ تمھارے ماں باپ کی نمائندگی کرتی ہیں تو عجب نہیں کہ بچہ انھیں توڑ پھوڑ کر برابر کردے۔ اگر بچّہ جسمانی طاقت میں بالغ افراد کے برابر ہوتا تو اس کی تخریب کاری یقیناً قاتلانہ حد تک تباہ کن ہوتی۔

لاشعور کی تہوں میں بچّے کی جارحیت اور مقعدی جنسیت ایک دوسرے سے منسلک ہوجاتی ہیں۔ چوں کہ ان دونوں میں سے کسی کو سماج تسلیم نہیں کرتا اس لیے ان دونوں کے خلاف ردِّعمل پیدا ہوتا ہے اور ہوسکتا ہے کہ اس ردِّعمل کی شدّت اس حد کو پہنچ جائے کہ گندگی کے خلاف ایک مرضیاتی خوف پیدا ہوجائے۔ مثال کے طور پر ایک مریض کو کسی بیمار شخص کو چھونے میں شدید خوف محسوس ہوتا تھا۔ مبادا وہ خود اس مرض میں مبتلا نہ ہوجائے۔ دوسرا خوف اس بات کا تھا کہ کہیں کوئی شخص اس کے کپڑوں یا زیرِ استعمال اشیا کو چھو نہ لے اس لیے کہ وہ بیمار ہوجائے گا (اور اس طرح وہ جارحیت کا مرتکب بن جائے گا) ایک تیسرا خوف یہ بھی تھا کہ راستہ چلتے ہوئے اس کا پیر فُضلے پر نہ پڑجائے۔ چوتھے اُسے بھیڑ میں جاتے ہوئے بھی شدید خوف کا احساس ہوتا تھا کہ کہیں وہ کسی کو دھکا نہ دے دے یا کسی سے اس کی ٹکّر نہ ہوجائے۔

ذکری دَور

یہ دَور تقریباً تین سے چھ برس کی عمر تک رہتا ہے۔ اس دور میں اعضائے جنسی سے حاصل ہونے والے محسوسات حاوی ہوتے ہیں اور حلق کا رجحان اور والدین کے ساتھ اوڈیپی اُلجھاؤ (Oedipean Complex) پایا جاتا ہے۔ بچہ اپنی مقعدی جنسیت سے دست بردار ہوجاتا ہے اور مقعد وابستہ اشیا سے گِھن آنے لگتی ہے۔ اس کے ساتھ اس میں اپنی جارحیت پر قابو پانے کی صلاحیت نمودار ہونے لگتی ہے۔ ذکری دور میں بچّہ دوسرے لڑکے لڑکیوں کے ساتھ سماجی رابطہ قائم کرنے کی تلاش میں رہتا ہے، جنسی تجسّس کا اظہار کرتا ہے اور اپنی جسمانی و نفسیاتی نمائش کی کوشش کرتا ہے۔ لڑکا چاہتا ہے کہ دوسرے لوگ اس کے عضلات کی تعریف کریں اور لڑکیاں چاہتی ہیں کہ دوسرے اُن کے حُسن کی داد دیں۔ جنسی تخیلات کا دَور دورہ ہونے

لگتا ہے جن کا تعلق خصوصیت سے جلق کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ تخیلات غیر واضح اور ابتدائی نوعیت کے ہوتے ہیں جن میں بچوں کی پیدائش کے متعلق عجیب وغریب تصورات پائے جاتے ہیں اس وقت مجامعت کی انتہائی لذت (Orgasm) شاذو نادر ہی حاصل ہوتے ہیں لیکن اعضائے جنسی کے اشتغال سے بچے کو ایک قسم کے لطف کا احساس ہوتا ہے۔ چنانچہ لڑکے کو اپنی ماں سے جو لگاؤ ہوتا ہے اس میں ایک قسم کا جنسی رنگ آجاتا ہے۔ اسی کے سبب لڑکے کو اپنے باپ کے تئیں رقابت اور دشمنی کا احساس ہوتا ہے۔ عموماً لڑکی ماں سے کھلم کھلا دشمنی کا اظہار تو نہیں کرتی لیکن باپ سے اس کا لگاؤ بڑھ جاتا ہے اور ماں سے رقابت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس صورت حال کو لڑکے کے لیے اوڈی پس گتھی اور لڑکی کے لیے الیکٹرا گتھی (Electra Compliex) کہا جاتا ہے۔ اکثر لفظ اوڈی پس دونوں جنسوں کے لیے استعمال ہوتا ہے۔ اس گتھی سے یہ نہیں سمجھنا چاہیے کہ اس کے تحت والدین میں سے ہم جنس فریق کے لیے مکمل رقابت اور مخالف جنس کے لیے مکمل محبت کا جذبہ پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ صورتِ حال اتنی سادہ نہیں ہے بلکہ بہت پے چیدہ ہوتی ہے۔ اس دور میں والدین کا رویہ مزید پیچیدگیاں پیدا کرتا ہے۔ عام طور پر مائیں اولاد نرینہ کو زیادہ اہمیت دیتی ہیں اور باپ لڑکیوں کو زیادہ پیار کرتے ہیں۔ والدین کی یہ ترجیحات اوڈی پس گتھی کو مزید تقویت پہنچاتی ہیں۔

اس دَور کے بعد ایک ایسا دور آتا ہے جس میں جنس کی اہمیت نسبتاً کم ہو جاتی ہے۔ کچھ بچے اس دَور میں جنسی جذبات کو بری طرح دبا دیتے ہیں۔ وہ اوڈی پس گتھی سے نبٹنے کے لیے جنسی جذبات کو شعور میں جگہ نہیں لینے دیتے۔ یہ احتباس (Repression) ناکامیاب بھی ہو سکتا ہے اور ذکری جنسیت پر غیر شعوری ارتکاز بلوغت میں پیدا ہونے والے جذباتی اختلال کے لیے نہایت زرخیز زمین تیار کر دیتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد ہو سکتا ہے ایک شخص ہر عورت کے ساتھ ماں اور ہر مرد کے ساتھ باپ جیسا برتاؤ کرنے لگے اور بہت سارے حالات اس کے لیے بیک وقت پرکشش اور خطرناک بن جائیں۔ ان صورتوں میں اوڈی پس مسئلہ حل ہونے کے بجائے نفسیاتی گتھی) کی صورت اختیار کر لیتا ہے نارمل افراد میں (جو خوش قسمتی سے اکثریت میں پائے جاتے ہیں) اس دَور کی جنسیت کامیابی کے ساتھ محبوس ہو جاتی ہے اور اس طرح جنسی خوابیدگی کی نقیب بن جاتی ہے۔ فرائڈ کے مطابق بچہ اپنے جنسی جذبات کو اس خوف سے دبا دیتا ہے کہ اس کا باپ جو اس سے زیادہ طاقتور ہے اسے آختہ کر کے اس کے اعضائے جنسی سے محروم کر دے گا۔ اس لیے ماں سے اس کا لگاؤ غیر جنسی شفقت میں بدل جاتا ہے۔ وہ باپ سے وابستگی پیدا کر لیتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ باپ

سے حاصل کی گئی اقدار کو اپنی فوق الانا کا حصّہ بنالیتا ہے۔ یہ فوق الانا جو اقدار کی مخزن ہے، ماں سے جنسی لگاؤ اور باپ کے خلاف جارحیت سے متصادم ہوتی ہے اور ان جذبات کو یکلخت خارج کر دیتی ہے۔

آختگی کی تشویش ((Castration anxiety)) کی جگہ پر لڑکی میں مردانہ عضوِ تناسل کے لیے رشک کے جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ وہ اس کی کمی محسوس کرتی اور اُسے حاصل کرنا چاہتی ہے۔ وہ ماں کو اپنے اس نقص کا ذمّہ دار سمجھتی ہے۔ اس لیے اس سے چڑھتی اور باپ سے محبت کرتی ہے۔ رفتہ رفتہ اسے اس حقیقت کا احساس ہوتا ہے کہ وہ باپ سے جنسی محبّت کی تسکین نہیں حاصل کر سکتی اس لیے وہ اپنی ہم جنس شخصیت یعنی ماں سے وابستہ ہو جاتی ہے۔ اس کی فوق الانا ناقابل تسلیم اور ناروا خواہشات کو دبا دیتی ہے اور اس طرح وہ بھی اس دور میں داخل ہو جاتی ہے جس میں جنسی جذبات کچھ عرصے کے لیے سو جاتے ہیں۔

بچہ فوق الانا کی قدروں کو ہی نہیں بلکہ اپنے کنبے کے افراد کے خوف، رویّے اور اوصاف کو بھی اپناتا ہے۔ یہ اوصاف خصوصیت کے ساتھ والدین میں سے ہم جنس فرد سے اخذ کیے جاتے ہیں۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ آگے چل کر وہ ان اکتساب شدہ اوصاف کے خلاف بغاوت بھی کرے۔ تاہم پھر بھی یہ اس کے کردار کو متاثر کرتے رہتے ہیں۔ مثال کے طور پر اگر کسی کنبے میں ماں تیز مزاج اور دوسروں پر حاوی ہے اور باپ کمزور اور دبّو تو کچھ استثنائی صورتوں کو چھوڑ کر اس کنبے کی لڑکیاں عموماً تیز مزاج ہوں گی اور لڑکے نسوانی خصوصیات کے حامل۔ خواہ وہ اپنے والدین کے ان اوصاف کو ناپسند بھی کرتے ہوں اور ان پر نکتہ چینی بھی کرتے رہے ہوں۔ اس کے برخلاف اگر ماں دبّو اور باپ زبردست اور جابر ہو تو عام طور پر لڑکیاں دبی دبائی اور لڑکے شہ زور ہوں گے۔

دورِ خوابیدگی (LATENCY PERIOD)

اس دَور میں عام طور پر بچّہ اپنے اسکول، کھیل کود اور دوسری مصروفیتوں میں دلچسپی رکھتا ہے۔ وہ اپنے ہم جنسوں سے دوستی بڑھاتا اور (عام طور پر) جنس مخالف کو نظرانداز کرتا ہے۔ اس میں دوسروں کے ساتھ مطابقت پیدا کرنے کی شدید خواہش ہوتی ہے اس لیے وہ لباس اور گفتگو وغیرہ میں اپنے ساتھیوں کی نقل کرتا ہے۔ ان سے جداگانہ طور طریقے اختیار کرنے میں اسے جھجک ہوتی ہے۔ وہ اصولوں اور قوانین کا احترام کرتا ہے یعنی اسے یہ کرنا ہے اور یہ نہیں کرنا ہے۔ اس چکّر میں وہ بہت سے توہمات اور رسمی خرافات کا بھی شکار ہو جاتا ہے۔ اس دور

میں جس بچے کو اس کے ہم عمر ساتھی اپنے گروپ میں قبول نہیں کرتے وہ اپنے خول میں بند ہو جاتا ہے۔ یا پھر اس میں ضرورت سے زیادہ انفرادیت پیدا ہو جاتی ہے یا اس کے فوق الانا کی نشوونما اس ڈھنگ سے ہونے لگتی ہے کہ اس جماعت میں پائی جانے والی اقدار اور امتناعات اس کی جگہ نہیں پاتے۔

آغاز بلوغت

بلوغت کے آغاز کے ساتھ خوابیدگی کا دور ختم ہو جاتا ہے اور اعضائے تناسل کا علاقہ جسم کے باقی تمام عضوں پر فوقیت حاصل کر لیتا ہے۔ قبل تناسلی دور میں فرد نرگسیت کی طرف مائل ہوتا ہے اس لیے کہ اسے اپنے جسم کی تحریک سے ہی تسکین ملتی ہے۔ وہ دوسروں کی قدر محض اس لیے کرتا ہے کہ وہ اس کی تسکین میں مدد کرتے یا اس میں اضافہ کرتے ہیں۔ لیکن اعضائے تناسل کے دور میں دوسرے افراد سے الحاق کا رجحان پیدا ہوتا ہے۔ ان افراد کی قدر کا تعلق ان کی محض ذات سے ہوتا ہے ضروری نہیں کہ ان سے کسی قسم کا فائدہ پہنچے۔

قبل تناسلی خواہشات بلوغت کے دور میں بھی زندہ رہتی ہے۔ لیکن وہ تناسلی خصوصیات میں ضم ہو جاتی ہیں یا ان کی حیثیت ثانوی ہوتی ہے۔ یوں ہر دور کے تجربات نے آنے والے دور کی تہہ میں جاری وساری رہتے ہیں۔ فرائڈ نے نشوونما کے جن مراحل کا ذکر کیا ہے وہ ایک دوسرے سے واضح طور پر علاحدہ نہیں ہیں ان کے اثرات بعد میں بھی مستقل طور پر برقرار رہتے ہیں۔

فرائڈ نے نشوونما کا جو خاکہ پیش کیا ہے وہ کردار کی کئی صورتوں کا احاطہ کرتا ہے۔ آٹھویں باب میں ہم اس کی کچھ دلالتوں (Implications) کا ذکر کریں گے جو کردار سے وابستہ شکایتوں کا سبب بنتی ہیں اور اس کے لیے تجرباتی شواہد بھی پیش کریں گے۔ فرائڈ کے نظریے کو کئی لوگوں نے چیلنج کیا ہے تاہم کئی اور نظریات بھی موجود ہیں۔ ان میں سے ایک نظریہ سلی وان (Sullivan) کا بین الذاتی ((Interpersonal)) نظریہ بھی ہے۔

بین الذاتی نظریہ THE INTERPERSONAL APPROACH

فرائڈ نے بچے کی نفسی۔ جنسیاتی نشوونما کا جو خاکہ پیش کیا ہے۔ اس میں کنبے کے افراد کے ساتھ عمل و ردِعمل کی مختلف صورتوں کو پیش کیا گیا ہے تاہم اس کے نظریے کے بنیادی عوامل بین الذاتی کی

بجائے حیاتی اور بین الذاتی (Interpersonal) ہیں۔ ہیرا سٹیک سلی وال نے ایک قطعی مختلف نظریہ پیش کیا ہے۔ اس نے نشو و نما کو دوسروں کو سمجھنے اور ان سے ترسیلی رابطہ قائم کرنے کے طریقوں میں آنے والی تدریجی تبدیلی کی صورت میں دیکھا ہے۔ نشو و نما کے دوران ہونے والے اہم واقعات کی نوعیت بین الذاتی ہوتی ہے اور ان کا مقصد بھی یہی ہوتا ہے کہ بین الذاتی پختگی حاصل کی جائے۔ ننھا بچہ اپنے ماحول کو ابتدائی اور غیر استدلالی طریقے سے محسوس کرتا ہے۔ وہ صرف دو کیفیات سمجھتا ہے۔ آرام دہ اور غیر آرام دہ۔ ان دونوں کا انحصار اس بات پر ہوتا ہے کہ اس کی جسمانی ضروریات کی تشفی کس حد تک ہو سکی ہے۔ اگر اس کو ان ضروریات کی مناسب تکمیل کا احساس ہوتا ہے تو اس میں عموماً اعتماد و تحفظ کا جذبہ بیدار ہو جاتا ہے۔ وہ اپنے تصور میں ایک ایسی صورت یا خیال کی تشکیل کرتا ہے جو "اچھی ماں" ہوتی ہے اور اس کی تمام ضروریات کی تکمیل کرتی ہے۔ وہ ایک بری ماں کا بھی تصور کرتا ہے جو اس کی توقعات پر پوری نہیں اترتی ہے اس طرح وہ اپنی ذات کو بھی دو حصوں میں بانٹ دیتا ہے۔ ایک "اچھا میں" جس کی تعریف ہوتی ہے، انعام ملتے ہیں اور ایک "برا میں" جو سزا پاتا ہے جس کو عدم تحفظ کا احساس ہوتا ہے اور جو تشویش کا شکار ہوتا ہے۔ وہ اپنی ذات اور دوسروں کو سمجھنے کے لیے ایک غیر منطقی اور بے بنیاد طریقہ کا سہارا لیتا ہے۔ یہ طریقہ ہوتا ہے اس کی ضروریات کی تکمیل کا طریقہ۔ سلی وان کے نظریے کے مطابق "میں برا ہوں" کا احساس اپنی ذات کے اس تصور پر حاوی رہتا ہے جو آگے چل کر جذباتی اختلال کی صورتوں میں پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر انتشار نفس کے مریض میں شدید خوف کی کیفیت پائی جاتی ہے جو ذات کے منفی تصور کے گرد منظم ہوتی ہے۔ مریض اپنی ذات کو اس قدر برا سمجھتا ہے کہ اس کے الفاظ اس کا ساتھ دینے سے قاصر ہوتے ہیں۔ خیال رہے کہ اس خاکے میں ذات کا مثبت یا منفی تصور ماں کے ساتھ عمل و ردِ عمل کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے۔ استلذاذی احاطوں سے وابستہ حیاتیاتی واقعات سے نہیں۔

دوسری اسٹیج میں بچہ زبانی اظہار خیال پر قابو پا لیتا ہے لیکن اس کے الفاظ کے معنی من مانے غیر استدلالی اور الفاظ کے ایجادات پر مرکوز ہوتے ہیں۔ وہ اپنے ماحول کو سمجھنے کے لیے اتفاقات اور واہموں کا سہارا لیتا ہے۔ پہلی اسٹیج کی ماقبل بیان (Pre-verbal) صورت حال کی جگہ الفاظ کا استعمال ہونے لگتا ہے لیکن محض ذاتی معنوں میں 'صحیح' یا مقبول عام معنوں میں

نہیں۔ انتشارِ نفس کا مریض یا تو اس اسٹیج سے آگے نہیں بڑھ پاتا یا اس کی طرف واپس پلٹ آتا ہے۔
نارمل فرد اس دور سے آگے بڑھ جاتا ہے جس میں تخیّل پرستانہ معنی ختم ہو جاتے ہیں اور خیالات
کی ترسیل و عمل و ردِّ عمل کے لیے الفاظ، اشارے اور جذباتی مظاہر معیاری اور تسلیم شدہ معنوں
میں استعمال ہوتے ہیں۔

سلی وان کے پیش کردہ ارتقائی مراحل کو ہم عہدِ طفلی، بچپن اور آغازِ بلوغ میں تقسیم کر سکتے ہیں۔
آغازِ بلوغ کے تین حصے ہو جاتے ہیں۔ قبل آغازِ بلوغ، ابتدائی آغازِ بلوغ اور بلوغ۔ عہدِ طفلی کو ہم
دہانی دور بھی کہہ سکتے ہیں اس لیے کہ اس دور میں اہم بین الذاتی عمل و ردِّ عمل بچے کی نگہداشت
اور اس کی ضروریات کی تکمیل کے واسطے سے ہوتا ہے۔ بچپن کی اہم خصوصیت یہ ہے کہ اس میں
خیالات کی ترسیل اور تجربات کو تسلیم شدہ طریقوں کے تحت اپنانے کی ابتدا ہو جاتی ہے۔
آغازِ بلوغ جس میں ہم عمر ساتھیوں کی جماعت کی رکنیت بہت اہم ہوتی ہے، فرائڈ کے دورِ
خوابیدگی (latency period) کے ہم پلّہ ٹھہرتا ہے۔ یہ قبل آغازِ بلوغ۔ Adolesc
ence) میں تبدیل ہو جاتا ہے اس دور میں کوئی ایک دوست بہت اہمیت اختیار کر لیتا ہے۔ سماجی
تعلقات کا بیشتر حصّہ اس تک محدود رہتا ہے۔ آغازِ بلوغ کے بقیہ حصے اور بلوغ کے دوران بین الذاتی
بحثئ جنس مخالف کے ساتھ عمل و ردِّ عمل کے ذریعہ حاصل ہوتی ہے۔

سلی وان کا کہنا ہے کہ کسی مخصوص دَور میں جن بین الذاتی روابط کو حاصل کر لینا چاہیے، اُن کو
حاصل کرنے میں ناکامی جذباتی خلل کی بنیاد ڈالتی ہے۔ ارتقا کے کسی دَور میں اپنے ہم عمر ساتھیوں سے
بہت آگے یا بہت پیچھے رہ جانا، جذباتی مشکلات پیدا کرتا ہے۔ دونوں صورتوں میں فرد اپنی جماعت
سے علاحدہ ہو جاتا ہے اس لیے کہ جماعت اُسے تسلیم نہیں کرتی ہے۔ یہ علاحدگی مستقبل میں مزید مشکلات
پیدا کرتی ہے۔

ہماری تہذیب میں نہ صرف یہ کہ فرد ذاتی طور طریقوں و الفاظ و اشارات کے معنی کی منزلوں سے
گزر کر سماج کے تسلیم شدہ طور طریقوں اور زبان و بیان کو قبول کرتا ہے بلکہ یہ بھی ہوتا ہے کہ پہلے
وہ دوسروں کی ماتحتی میں رہتا ہے، ان پر منحصر ہوتا ہے اور بعد میں ان سے تعاون کرنا سیکھتا ہے۔
عہدِ طفلی میں بڑوں پر جو انحصار پایا جاتا ہے، وہ بچپن میں ایک سمجھوتے میں تبدیل ہو جاتا ہے اس
کے بعد مقابلے کا جذبہ اور جذبۂ تعاون ظہور پذیر ہونے لگتے ہیں۔ اشتراک اور
تعاون میں بتدریج اضافہ ہوتا جاتا ہے جو بلوغت تک جاری رہتا ہے۔ سلی وان کے نزدیک

جذباتی پختگی کی سب سے اہم خصوصیت دوسروں کے ساتھ تعاون کرنے کی صلاحیت ہے جو بالغ
شخص تعاون اور اشتراک کا اہل نہیں ہوتا ہے، ناپختہ اور غیر صحتمند ہوتا ہے۔ نفسی مرضیات میں
تعاون کا تصور سلی وان کی بہت بڑی دین ہے۔ ٹھیک اسی طرح جس طرح نفسی جنسیاتی تصور فرائڈ
کی دین کہا جاتا ہے۔

نشوونما اور تصورِ ذات (Self Concept)

اس سے قطع نظر کہ ہم نشوونما کے لیے فرائڈ کا نظریہ اپناتے ہیں یا سلی وان کا، یہ ضرور کہا جا سکتا
ہے کہ کامیاب نشوونما کے لیے فرد کا اپنی ذات کا صحت مند تصور ضروری ہے۔ نشوونما کے ابتدائی سالوں
میں فرد کو جو تجربات ہوتے ہیں ان کی بنا پر وہ توقعات کا ایک مجموعہ حاصل کرتا ہے۔ وہ محبت یا نفرت
کی توقع کرتا ہے، توجہ یا عدم توجہی کی توقع کرتا ہے۔ کامیابی یا ناکامی کی توقع کرتا ہے، لطف اندوز اور
خوش ہونے یا نہ ہونے کی توقع کرتا ہے۔ یہ توقعات اس کے تصورِ ذات سے وابستہ ہو جاتی ہیں۔
اس طرح وہ اپنے آپ کو قابل نفرت سمجھتا ہے یا قابل محبت۔ یہ سمجھتا ہے کہ اس پر توجہ دی جائے گی یا دھتکار
دیا جائے گا گویا وہ خود کو ان توقعات کی روشنی میں دیکھتا ہے۔ تصورِ ذات اور دوسروں کا تصور
دونوں ایک دوسرے سے مربوط (Connected) ہوتے ہیں اس لیے کچھ استثنائی صورتوں
کو چھوڑ کر باقی وہ تمام افراد جو خود کو اچھا سمجھتے ہیں، دوسروں کو بھی اچھا سمجھتے ہیں۔ اپنی ذات کا تصور
منفی ہو تو دوسروں پر بھی کڑی نگاہ پڑنے لگتی ہے۔

اپنی ذات کا تصور کئی پہلوؤں کے گرد گھومتا ہے۔ ایک فرد کے سامنے اس کی ذات کا تصور بہت
واضح بھی ہو سکتا ہے اور مبہم بھی۔ وہ خود کو گہری سوجھ بوجھ کی نظر سے دیکھ سکتا ہے اور ساتھ ہی خود کو
سمجھنے میں غلطی بھی کر سکتا ہے۔ اس کے علاوہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ اس کے تصورِ ذات میں استحکام
نہ ہو۔ عموماً ذات کے منفی تصور کے ساتھ تشویش کا عنصر پایا جاتا ہے۔ میچل (1959 Mitchel)
نے ایک تحقیقی مطالعہ کیا جو بہت سے دوسرے مطالعوں کی بھی نمائندگی کرتا ہے اس میں کالج کی
سو طالبات پر ایک تحقیق کی گئی۔ دریافت ہوا کہ منفی تصورِ ذات اور تشویش میں اعشاریہ
چالیس (.40) کا ربط پایا جاتا ہے۔ اسی مطالعے کی ایک اور دریافت یہ تھی کہ ناقص تصورِ
ذات کے ساتھ سماجی قبولیت کی شدید ضرورت کا احساس بھی پایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ
متعلقہ فرد یہ بھی محسوس کرتا ہے کہ اس میں وہ خواص نہیں پائے جاتے جن کے ذریعے وہ دوست

میں اہمیت حاصل کر سکے۔ عموماً یہ وہ افراد ہوتے ہیں جن کو بچپن میں والدین کی محبت میں گرم جوشی نہیں محسوس ہوتی ہے۔ گویا یہ تمام مذکورہ بالا احساسات منفی تصوّرِ ذات کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

ایک روایتی عصابی مریض کے تصوّرِ ذات اور مثالی شخصیت کے تصوّر میں بڑا زبردست فرق پایا جاتا ہے۔ بالفاظِ دیگر وہ خود کو ایک مثالی شخصیت کے مقابلے میں بہت کمتر یا ناقص سمجھتا ہے۔ اس کے برعکس نارمل افراد اور انتشارِ نفس کے مریضوں میں ان دونوں (یعنی اپنی ذات اور مثالی شخصیت) میں خاصہ قریبی ربط پایا جاتا ہے۔ (فریڈ مین (Friedman 1955)۔ یعنی ان کی اپنی ذات اور ان کی مثالی شخصیت کے تصوّر میں بہت کم فرق ہوتا ہے۔ اس مطالعے اور کچھ دوسرے مطالعوں سے بھی واضح ہوا ہے (Rosen 1956, M Ke and Rosen 1957) کہ شدید طور پر ابنارمل افراد میں تصوّرِ ذات اور مثالی تصوّر کے ایک دوسرے سے قریب ہونے کی وجہ یہ نہیں ہے کہ ان کا مثالی شخصیت کا تصوّر ہی اوٹ پٹانگ ہوتا ہے بلکہ اس لیے کہ وہ خود اپنی ذات کا ادراک نہیں کر سکتے۔ اس لیے نارمل اور ذہنی مریضوں کے مثالی شخصیت اور ان کی اپنی ذات کے تصوّر میں خاصہ قرب موجود ہوتا ہے۔ نارمل افراد محسوس کرتے ہیں کہ جن چیزوں یا اوصاف کے متمنّی ہیں وہ ان سے خاصے قریب ہیں۔ عصابی مریضوں کا خیال ہوتا ہے کہ وہ ان اوصاف سے خاصے دُور ہیں اور انتشارِ نفس کا مریض تو یہ جانتا بھی نہیں کہ وہ اپنے مطلوبہ معیار سے کس حد تک دُور ہے۔

نظریۂ تحلیل نفسی پر نظرِ ثانی

فرائڈ کے نظریے میں جتنی بھی اصلاحات ہوئی ہیں ان میں سے تقریباً سب ہی نے اس کے مفروضات میں سے کچھ کو تسلیم کیا ہے اور کچھ کو رد کر دیا ہے۔ سب سے زیادہ جس چیز کو رد کیا گیا ہے وہ جنسیت کو دی جانے والی غیر ضروری اہمیت ہے۔

کارل ینگ (Karl Jung) فرائڈ کے ابتدائی ساتھیوں میں ایک زبردست مفکر گزرا ہے۔ بعد میں نظریاتی اختلاف کی بنا پر وہ فرائڈ سے علاحدہ ہو گیا۔ ینگ نے خیالات و نظریات کا ایک ذخیرہ پیش کیا ہے۔ اس میں سے چند خیالات کو ہی ہم یہاں پیش کریں گے اس لیے کہ ان میں سے زیادہ تر خیالات پُر اسرار ہیں جن کو نفسیات کی زبان میں آسانی سے واضح نہیں کیا جا سکتا ہے ینگ لبیڈو (Libido) کو اولین قوتِ حیات (Primal Energy) یا زندگی

قوت حیات (Psychic energy) کا نام دیتا ہے۔ یہ قوت حیات بہت سی جبلتوں پر مشتمل ہے۔ جذبۂ جنس بھی ان میں سے ایک ہے۔ اس لیے ژونگ کا کہنا ہے کہ بیٹا اگر ماں سے محبّت کرتا ہے تو اس کا سبب جنسیت نہیں بلکہ یہ زندگی کے بنیادی ذریعہ حیات یعنی ماں کے بازوؤں میں لوٹ جانے کی خواہش ہے۔ لاشعور، شعور کی تکمیل کرتا ہے۔ ضروری نہیں کہ شعور و لاشعور میں ہر وقت رسہ کشی ہوتی رہے۔ ایک نارمل اور ذہنی طور پر صحت مند انسان وہ ہے جو شعور و لاشعور دونوں سے ہم آہنگ ہے۔ انا جو شعور کا مرکزی نکتہ ہے، انسان کو حقائق سے مطابقت پیدا کرنے میں مدد دیتی ہے۔ اس کے اوپر ایک حفاظتی نقاب ہوتا ہے جس کے لیے (Persona) کی اصطلاح استعمال کی گئی ہے۔ یہ نقاب دراصل وہ چہرہ ہے یا انسان کی وہ اصل ہے جو وہ دنیا کے سامنے پیش کرتا ہے یا وہ کردار ہے جو وہ سماج میں ادا کرتا ہے۔ ژونگ کے مطابق لاشعور کی دو اقسام ہیں ایک تو ذاتی لاشعور جو کم و بیش اسی طرح کا ہے جس پر فرائڈ نے زور دیا تھا اور ایک اجتماعی لاشعور (collective) اجتماعی لاشعور آرکی ٹائپس (Archetypes) پر مشتمل ہوتا ہے۔

آرکی ٹائپ ہمہ گیر اور لاشعوری تمثالوں کا مجموعہ ہوتا ہے۔ جو ہم انسانی بلکہ قبل انسانی اجتماعی وراثت سے حاصل کرتے ہیں۔ یہ تمثالیں ہم کو بالواسطہ طور پر ورثہ میں نہیں ملتیں بلکہ بذریعہ وراثت ہمیں کچھ تمثالوں کو محسوس کرنے کی لاشعوری آمادگی حاصل ہوتی ہے۔ یہ تمثالیں اہم اور بار بار سامنے آتے رہنے والی شکلوں (Figures) اور واقعات پر مشتمل ہوتی ہیں۔ یہ واقعات و صورتیں فرد کے ماضی کا حصّہ ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر دانشمند باپ کا تصوّر، قابل نفرت اور ضرورت سے زیادہ حاوی ہوجانے والے باپ کا تصوّر، شفیق ماں اور بدخواہ جادوگر کا تصوّر، آرکی ٹائپ کی مثالیں ہیں (یہاں ژونگ بے حد پُراسرار ہو جاتا ہے اور اس کے نظریے سے اتفاق کرنا مشکل ہوتا ہے)

ژونگ کے مطابق جذباتی خلل کی وجہ لاشعوری تقاضوں کا رد کیا جانا ہے۔ علاج کے دوران شعور اور لاشعور کو متحد کرنے کی کوشش کی جاتی ہے اس لیے کہ لاشعور محض خلل دماغ کا سبب نہیں بلکہ اس میں تخلیقی قوتیں بھی پوشیدہ ہیں۔ ژونگ کے نظریے کا مقصد یہ ہے کہ وہ فرد کے محض یکطرفہ صوری شخصیت کی بجائے ایک مکمل فرد بننے میں مدد دے سکے۔ اس طرح ایک بیرون بین (Extrovert) شخص کو اپنے درون بین (Introvert) ایک عملی اور منطقی شخص کو اپنے غیر عملی اور غیر منطقی اور ایک صحت مند مردانہ شخصیت کے حامل شخص کو اپنے نسوانی لاشعور

کو قبول کرنا چاہیے۔ اس لیے کہ لاشعور، شعور کی تکمیل کرتا ہے۔ بہت سے ماہرین نفسیات اور دماغی امراض کے معالجوں نے اس نقطۂ نظر کے طبّی مقصد سے اتفاق کیا ہے خواہ انھوں نے ینگ کے اس نظریے کو قبول نہ کیا ہو جس سے یہ مقصد اخذ کیا گیا ہے۔

اس مفروضے سے بہت سے لوگوں نے اختلاف کیا ہے کہ فرائڈ کے پیش کردہ نفسی جنسیاتی ادوار ہمہ گیر اور حیاتیاتی ہیں اور ذہنی زندگی پر ان کی گرفت کی اوّلیت ہے۔ اختلاف کرنے والوں میں ایڈلر (Adler) سلی وان (Sullivan) اور ہورنے (Horney) بھی شامل ہیں۔ ان تینوں کے درمیان بہت سی باتیں مشترک ہیں علم الانسان نے ان کے اختلافات کی مزید تائید کی ہے۔ علم الانسان نے قدیمی تہذیبوں کو پیش کیا ہے۔ مثال کے طور پر مارکویسی اور ٹرو بریانڈری قبیلوں میں جنسیت والدین سے تعلق رکھنے والی گتھیوں اور اس کے بعد آنے والے دورِ خوابیدگی سے نہیں گزرتی۔ ان تہذیبوں میں دو جنسی کردار (Hetero-sexual behaviour) میں بچپن سے لے کر آغاز بلوغ اور بلوغ تک مسلسل اضافہ ہوتا رہتا ہے۔ غالباً اس لیے کہ ان معاشروں میں بچپن کی جنسیت پر قطعی کوئی روک ٹوک نہیں ہوتی ہے۔ اسی لیے یہ کہا جاتا ہے کہ فرائڈ کے تصوّرات کی صرف مغربی تہذیب بلکہ مغربی تہذیب کے بھی فقط ایک حصّے میں ہی تصدیق ہوتی ہے (ہماری مشرقی تہذیب میں بھی اس کی اہمیت ہے اس لیے کہ یہاں بھی جنسی امتناعات کی فہرست بہت طویل ہے۔ مترجم)

الفرائڈ ایڈلر (Alfred Adler) نے جو دراصل فرائڈ کا شاگرد تھا۔ اس بات پر زور دیا کہ ہر شخص اپنی برتری کے لیے کوشاں ہوتا ہے۔ اس کا یہ نظریہ گویا فرائڈ کے نظریۂ جنسیت کا بدل ہے۔ ایڈلر کے مطابق نفسیاتی بیماریاں نفسی جنسیت اور فوق الانا کی کشاکش سے نہیں بلکہ کمتری اور عدم تحفظ کے احساس سے پیدا ہوتی ہیں۔ ایسا شخص جو خود کو بہت کمتر سمجھتا ہے، برتری حاصل کرنے کے لیے سخت جدّ و جہد کرتا ہے اس میں دوسروں سے محبّت کرنے اور ان سے دوستانہ تعلقات قائم کرنے کا صحت مند سماجی جذبہ نہیں پایا جاتا۔ احساس کمتری میں مبتلا فرد اس سے نجات حاصل کرنے کے لیے کچھ غیر حقیقی نصب العین متعیّن کرتا ہے۔ ان مقاصد اور اس کے احساس کمتری کے درمیان ایک بڑی خلیج موجود رہتی۔ عصبی اختلال دراصل اس خلیج کو پاٹنے کی از کار رفتہ کوشش ہے۔ ایڈلر ان مقاصد کو تخیّلی مقاصد کہتا ہے۔ عصبی اختلال حقیقی مقاصد کی جگہ تخیلی مقاصد کو حاصل کرنے کی سعیٔ لاحاصل ہے۔

ایڈلر کا بنیادی متغیر (Variable) یعنی احساس کمتری کی کئی امکانی بنیادیں ہوسکتی ہیں مثلاً جسم کے کسی عضو کا نقص یا کمزوری (بصارت، دانت اور اعضائے جنسی وغیرہ وغیرہ) ضرورت سے زیادہ لاڈ پیار یا سخت گیر تربیت، بھائی بہنوں کے درمیان ناپسندیدہ ترتیب پیدائش (ایڈلر نے تقریباً تمام ترتیبوں میں ناسازگار عناصر پائے ہیں)، اور عورت کی شخصیت کو سماج کے ذریعے دیا جانے والا نیچا مقام۔ ایڈلر نے عورتوں کی مردوں سے مقابلہ کرنے کی کوشش اور اپنی نسوانیت سے انکار کو 'مردانہ احتجاج' کا نام دیا ہے اور یہ اصطلاح یعنی (Masculine protest) بہت مقبول ہوئی ہے۔

ایڈلر کے نظریے میں کوئی خاص ارتقائی دور نہیں ہے۔ بچے کو مناسب سماجی روابط، معاشی صلاحیت اور جنسی مطابقت پیدا کرنی ہوتی ہے۔ ان میں سب سے اہم کام ہے۔ مناسب سماجی رشتے استوار کرنا۔ اس لیے کہ اس میں کامیابی ہو تو باقی معاملات خود بخود آسان ہوجاتے ہیں۔ سماجی مطابقت کی اہمیت فرائڈ کے عقیدے کی عین ضد ہے اس لیے کہ فرائڈ کا کہنا ہے کہ فرد کی جنسی مطابقت ہی اس کے سماجی عمل و ردِعمل کا تعین کرتی ہے۔

ایڈلر کے مطابق جذباتی مشکلات کی علامتوں کی دو قسمیں ہیں۔ ایک تو ماحول پر حملہ کا اس پر حاوی ہوجانے اور دوسرا خیالی نصب العین سے دستبردار ہوجانا۔ ان میں سے کون سی علامت نمودار ہوگی اس کا انحصار کردار کے اس طرز پر ہوگا جو فرد کے بچپن میں تشکیل پا چکا ہے۔ لفظ حملہ (Attack) بہت ہی وسیع لفظ ہے۔ اس میں غصّے کے دورے، دوسروں کی توہین، جرائم، بدراہی اور ہسٹریائی علامتوں کے ذریعے دوسروں کی توجہ حاصل کرنا جیسے اعمال شامل ہیں۔ کاہلی، سنجیدگی کے ساتھ مقصد کے حصول کی کوشش کی جگہ فضول قسم کا اجباری کردار، غیر حقیقی حد تک بلند مقاصد قائم کرنا، مے خواری، ہم جنسی، دگر جنسی اور ازدواجی ذمہ داریوں سے فرار، تخیل پرستانہ خواب، اور جنونی کنارہ کشی پسپائی کی مثالیں ہیں۔ ناپسندیدہ کرداروں کی اس فہرست میں لاشعور کی کوئی خاص اہمیت نہیں ہے۔ ایڈلر نے شخصیاتی عوامل اور انحرافات کی جو وضاحت کی ہے اس میں لاشعور کا ذکر نہیں آتا۔

عصبی اختلال کا مریض اکثر جنس زدہ ہوتا ہے۔ اس کے متعلق ایڈلر کا کہنا ہے کہ یہ اس کی دفاعی تدبیر ہے یا ایک خیالی مقصد ہے جو بنیادی طور پر برتری یا اہمیت حاصل کرنے کے محرک کا بدل ہے۔ والدین سے تعلق رکھنے والی جنسی گتھیاں اور کشاکش محض بچے کی اس خواہش کو ظاہر کرتی ہیں کہ وہ اپنے باپ

سے زیادہ طاقتور بنے اور اس پر حاوی ہو جائے' ماں پر قبضہ جمانے کی خواہش برتری کے حصول کی کوشش کا ثانوی پہلو ہے۔ اگر ماں بیٹے کی ناز برداری کرتی ہے تو اس میں ماں کی طرف جنسی طور پر مائل ہونے کا رجحان بڑھ جاتا ہے اس لیے کہ ناز برداری کی وجہ سے جنسی تخیل کی اڑانوں اور حلق کی خواہش میں اضافہ ہوتا ہے۔ لڑکی اپنے باپ کے برتر منصب کی خواہش مند ہوتی ہے۔ ماں کے لیے عموماً اس میں معاندانہ جذبہ پایا جاتا ہے اس لیے نہیں کہ وہ ماں کو اپنا رقیب سمجھتی ہے بلکہ اس لیے کہ اس میں مردانہ طاقت کا فقدان ہوتا ہے۔

یہ واضح ہے کہ ایڈلر ہسٹریا سے لے کر ہم جنسی اور الکوملیت تک کا رشتہ برتری کے حصول کی جدّوجہد سے جوڑنے میں کامیاب ہوا ہے۔ تاہم اس کے ناقدین کا کہنا ہے کہ ایڈلر کے نظریے میں اتنی وسعت کی وجہ یہ ہے کہ اس نے لاشعور کو نظر انداز کر دیا ہے۔ اس کا نظریہ سطحی ہے اور اس نے گہرائی میں پائی جانے والی اُن ترغیبی قوتوں کی اہمیت سے انکار کیا ہے جن پر فرائڈ نے زور دیا تھا۔ پھر بھی ایڈلر کے خیالات کو وسیع قبولیت حاصل ہوئی ہے۔ خصوصیت سے اس کے احساس کمتری، بیش تلافی (Over Compensation) اور مردانہ احتجاج کے تصورات بہت مقبول ہوئے ہیں۔

کیرن ہورنے (Karen Harney) کے نظریے کا مرکزی تصوّر بنیادی تشویش (Basic anxiety) ہے، بنیادی تشویش کا مطلب ہے۔ بچے کا خود کو ایک ایسے ماحول میں بے بس سمجھنا جسے وہ غیر دوستانہ یا مخاصمانہ سمجھتا ہو، بنیادی تشویش ان گھروں میں پیدا ہوتی ہے جہاں محبّت و شفقت کی گرم جوشی موجود نہ ہو۔ ان حالات میں بچوں میں والدین کے تئیں دبی دبی مخاصمت پائی جاتی ہے۔ عصباتی اختلال اس بنیادی تشویش کے ساتھ مطابقت پیدا کرنے کا ایک ذریعہ ہے۔ اس کے لیے کئی طریقے اپنائے جا سکتے ہیں۔ مثلاً محبّت کی کبھی نہ تسکین پانے والی جستجو، طاقت اور عزّت حاصل کرنے کے لیے شدید جدّوجہد، مقابلے سے احتراز، ہر چیز میں کمال حاصل کرنے کا جذبہ اور اپنے آپ کو اس حد تک خود کفیل بنانے کی کوشش کہ کبھی اس میں کوئی رخنہ نہ پیدا ہو سکے۔ ہورنے نے ان حکمت عملیوں کو تین ضرورتوں یا رجحانوں میں تبدیل کر دیا ہے۔ لوگوں کی طرف بڑھنے کی ضرورت (محبّت، قبولیت) لوگوں سے دور ہٹنے کی ضرورت (کنارہ کشی، خود مخفری)، اور لوگوں سے اختلاف کرنے کی ضرورت (مسابقت طاقت کا مظاہرہ) یہ ضروریات تمام نارمل افراد میں بھی موجود ہوتی ہیں لیکن ان میں سختی اور شدّت نہیں پائی جاتی۔ عصباتی مریضوں میں ان میں سے کوئی ایک ضرورت حد سے زیادہ بڑھ جاتی ہے اور انتہائی بے لوچ

ہوتی ہے نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہ بقیہ دو ضرورتوں کے اظہار میں دخل اندازی کرنا شروع کر دیتی ہے۔ یوں اگر شفقت و محبّت کی ضرورت حد سے زیادہ بڑھ جائے تو یہ مسابقت کے جذبے پر روک لگا دیتی ہے اور اگر جذبۂ مسابقت بہت بڑھ جائے تو یہ محبّت کے حصول میں رکاوٹ پیدا کرنے لگتا ہے۔

ان تین میں سے دو ضروریات کو دبا کر یا ان کے وجود سے مُنکر ہو کر عصابی مریض اپنی ذات کا غلط تصوّر قائم کر لیتا ہے جو اس ایک ضرورت پر مبنی ہوتا ہے جس کا شعور باقی رہتا ہے وہ اپنی ایک مثالی تصویر بناتا ہے جس میں بظاہر اس کی متضاد ضروریات ختم ہو جاتی ہیں اس کے بعد اس کی صلاحیتیں اِس غلط مثالی تصویر کو قائم رکھنے میں صرف ہوتی ہیں۔ یہ تصور ایک جارح اور سخت گیر آقا کی طرح اس کے کردار پر مسلط ہو جاتا ہے۔ وہ اس خیال کو ثابت کرنے میں لگا رہتا ہے کہ وہ دوسروں کی مدد سے قطعی بیگانہ اور مکمّل طور پر خود کفیل ہے یا مکمّل طور پر بے بس یا یہ کہ وہ تمام دوسرے اشخاص سے کہیں زیادہ باوقار اور طاقتور ہے۔ تہذیب اس جدّوجہد پر اثر انداز ہوتی ہے۔ ہماری تہذیب میں دوسروں سے مقابلے کے جذبے کی ہمّت افزائی کی جاتی ہے اور جو شخص عزت و وقار کا طالب ہوتا ہے اُسے بہت اچھا سمجھا جاتا ہے۔ عصابی اختلال کی وجہ سے جذبۂ مسابقت یا جذبۂ افتخار کی جو ناقابل تسکین صورت بن جاتی ہے وہ اس بنیادی تہذیبی رجحان کی ایک مبالغہ آمیز شکل ہے۔ ہورنے کا خیال ہے کہ عصابی جذبۂ مسابقت میں حالیہ دور میں بہت اضافہ ہوا ہے جب کہ کچھ دوسرے عصابی رجحانات میں کمی آئی ہے۔

دفاعی تدابیر (DEFENCE MECHANISMS)

اپنی نشو و نما کے دوران ایک فرد کو جن نامرادیوں، محرومیوں اور خطرناک حالات کا سامنا کرنا پڑتا ہے ان کے تئیں اس میں مختلف ردّعمل پیدا ہو سکتے ہیں وہ انتہائی جارحانہ انداز میں ان پر حملے کر سکتا ہے۔ خوف کو تسلیم کر کے فرار اختیار کر سکتا ہے اور صورت حال کا صحیح جائزہ لے کر اس کو حل کرنے کے ذرائع پر غور کر سکتا ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ ان میں سے کوئی بھی ردّعمل موزوں ثابت نہیں ہوتا اور ایک دوسرا ہی جوابی عمل نمودار ہو جاتا ہے۔ جسے ہم نفسیاتی دفاع کہہ سکتے ہیں۔ یہ جوابی عمل زیادہ تر اس وقت سامنے آتا ہے جب خطرے کی حیثیت مادّی کی بجائے نفسیاتی ہو۔

دفاعی تدابیر زندگی کے ابتدائی چند سالوں میں ہی پیدا ہونے لگتی ہیں۔ ان کا اظہار ایسے

افعال میں ہوتا ہے جن کے ذریعے انا، شرمندگی، تشویش، احساس جرم یا پندار پر لگنے والی چوٹ سے محفوظ رہنے کی کوشش کرتی ہے۔ یہ تمام احساسات فوق الانا اور اِڈ کے درمیان ہونے والی کشاکش کے ذریعے پیدا ہوتے ہیں۔ ان سے نبرد آزما ہونے میں انا کو کبھی کامیابی حاصل ہوتی ہے، کبھی نہیں ہوتی کبھی نسبتاً کم کامیابی ہوتی ہے اور کبھی زیادہ۔ حالانکہ یہ عوامل انا کے فعل میں تاہم زیادہ تر لاشعور میں ہی جاری وساری ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر اظلال (Projection) لاشعوری طور پر ہی ہوتا ہے اسی طرح احتباس (Repression) بھی بغیر اس آگاہی کے ہوتا ہے کہ کسی خواہش یا جذبے کو دبایا جا رہا ہے دفاعی تدابیر میں خود بخود تحریک[1] میں آتی ہیں۔ ان کی یہ تحریک تشویش کے ایک خفیف سے اشارے کی مرہون منت ہوتی ہے۔ یہ اشارہ اس قدر مبہم ہوتا ہے کہ شعور اس کو گرفت میں نہیں لا سکتا۔ نہ صرف یہ کہ ایک فرد اپنی دفاعی تدابیر سے لاعلم ہوتا ہے بلکہ اس کو ان طاقتوں کا علم بھی نہیں ہوتا ہے جو تشویش پیدا کرتی ہیں۔ بالفاظ دیگر وہ اپنے دفاعی کردار کے وجود اور ترغیبی عوامل، دونوں سے لاعلم ہوتا ہے (خارجی حقائق کے خلاف بھی دفاعی عوامل پائے جاتے ہیں۔ مثلاً شدید صدماتی حالات کے دوران بے ہوشی، تاکہ حقائق سے فرار اختیار کیا جا سکے۔ مگر ہم ان سے یہاں بحث نہیں کریں گے۔)

فرائڈ نے دفاعی تدابیر کا نظریہ پیش کیا تھا۔ اس کی بیٹی اینا فرائڈ (Anna Freud 1957) نے اس کو مزید وسعت عطا کی۔ فرائڈ کے مخالفین نے بھی اس نظریے کو اتنے وسیع پیمانے پر قبول کیا کہ آج یہ صرف تحلیل نفسی کا ہی نہیں بلکہ عمومی نفسیات کا اٹوٹ حصہ ہیں۔

دفاعی تدابیر کو خاصی بڑی تعداد میں بیان کیا گیا ہے۔ ان میں سے کچھ عام طور پر پائے جاتے ہیں اور کچھ شاذ و نادر۔ ہم یہاں اکثر و بیشتر پائے جانے والے دفاعی تدابیر سے بحث کریں گے۔

احتباس (REPRESSION)

دیکھا جائے تو احتباس تمام دفاعی تدابیر کی بنیاد ہے اس لیے کہ دباؤ کا عنصر بہت سے دوسرے دفاعی طریقوں میں موجود رہتا ہے۔ فرائڈ نے دیکھا کہ اس کے بہت سے مریض ان گذشتہ

---

[1] تحریک پہلے بمعنی ترغیب استعمال کیا گیا ہے (مترجم)

واقعات کو بیان کرنے میں ناکام رہے تھے جوان کے مرض کی علامتوں سے گہرا تعلق رکھتے تھے۔ فرائڈ اور بہت سے دوسرے محققین نے بھی احتباس کو محض یادداشت کی فروگذاشتوں کے لیے ہی نہیں بلکہ بہت سے دوسرے خیالات کے لیے بھی استعمال کیا۔

احتباس ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے ہم ان واقعات و خواہشات کو شعور سے نکال دیتے ہیں جو انا کے لیے خطرناک ہوں جن باتوں کو کامیابی کے ساتھ دبا دیا گیا ہو وہ یاد نہیں رہ جاتیں تاوقتیکہ تحلیل نفسی یا عمل تنویم (Hypnosis) جیسے طریق کار کامیابی کے ساتھ استعمال نہ کیے جائیں۔ احتباس کے متعلق یاد رہے کہ یہ ایک نادانستہ اور لاشعوری عمل ہے۔

بھول لینے کے سب ہی واقعات دباؤ یا احتباس کے سبب سے نہیں ہوتے ہیں۔ اس لیے کہ احتباس) دراصل کسی ترغیب کی وجہ سے پیدا ہونے والی فراموشی کی وہ کیفیت ہے جس کے بعد بازیافت Retraspection کی صلاحیت نہیں رہ جاتی ہے۔ اس کیفیت میں بھی ترغیبی قوتیں کارفرما ہوتی ہیں۔ فرائڈ کا کہنا ہے کہ فراموشی کی سب سے اہم صورت جنس کی خوابیدگی کے دور میں پائی جاتی ہے۔ اس لیے کہ اس دور میں فرد اپنے قبل تناسلی جنسی تجربات اور جنسی خواہشات کی آگاہی کو پس پشت ڈال دیتا ہے۔ آگے چل کر وہ ان خیالات کو بھی لاشعور میں محبوس کر دیتا ہے جن کا تعلق ان خواہشات و ترغیبات سے ہوتا ہے۔ اگر کچھ نئے ہیجّ بھی تشویش پیدا کرنے کا باعث بن جاتے ہیں (خواہ ان کا تعلق اولین احتباس سے نہ ہو) تو ان کو بھی دبا دیا جاتا ہے۔

فرائڈ نے احتباس اور تشویش کے تعلق کے مسئلے پر بہت غور کیا ہے۔ اس کا خیال تھا کہ جبلتوں کو دبا دیا جائے تو ان کی قوت تشویش میں بدل جاتی ہے۔ بعد میں اس نے اپنے اس مفروضے پر نظرثانی کی اور یہ خیال قائم کیا کہ اگر تشویش کا خطرہ موجود ہو تو احتباس اور دوسرے دفاعی عوامل حرکت میں آنے لگتے ہیں یعنی اس کے بجائے کہ احتباس سے تشویش پیدا ہو، تشویش احتباس کا سبب بنتی ہے۔ اس کے دوسرے نظریے کو زیادہ وسیع پیمانے پر قبولیت حاصل ہوئی۔ ہم نے دفاعی تدابیر سے جو بحث کی ہے وہ بھی اسی نظریے پر مبنی ہے۔

اگر ہم صرف بچپن میں ہونے والے احتباس پر غور کریں تو کہہ سکتے ہیں کہ تین مختلف اقسام کے واقعات کو دبا دیا جاتا ہے۔ پہلے تو وہ واقعات جن کے رُونما ہونے کے وقت بچے کو کسی خطرے کا احساس نہیں ہوتا لیکن بعد میں جب وہ ان کی بازیافت کرتا ہے تو اس میں بے چینی پیدا ہوتی ہے اور وہ اس کو خطرناک محسوس ہوتے ہیں اس لیے ان کو محبوس کر دیا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر طفلی بچوں

لے یہ بڑا پُر لطف فعل ہے لیکن بعد میں جب انا اور فوق الانا کا ارتقا ہوتا ہے تو اس تجربے کی یاد تکلیف دہ بن سکتی ہے۔ اگر انھیں دورِ پختگی میں کسی طرح دوبارہ یاد دلایا جائے تو وہ اس وقت بھی انا کو مجروح کریں گے۔ تیسرے وہ واقعات جو بچپن میں دبا دیے جاتے ہیں لیکن اگر ان کو بعد میں یاد کیا جائے تو نسبتاً زیادہ پختہ اور متحمل انا انہیں برداشت کر لیتی ہے بہت سے مریضوں کے ساتھ تحلیل نفسی کے دوران ایسا ہی پایا گیا۔ وہ یہ دیکھ کر خود حیران رہ گئے کہ ان واقعات سے اب ان کو قطعی دہشت نہیں ہوتی تھی۔

انسانوں میں نفسیاتی تعمیموں (Generali ion) کو اپنے تجربات کی روشنی میں پرکھنے کا فطری رجحان پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر ایک شخص جب پہلے پہل احتباس کے تصور سے دوچار ہوا تو وہ برجستہ کہہ اٹھا " لیکن مجھے تو بچپن کی کوئی بھی ایسی بات یاد نہیں ہے جس کو میں نے دبانے کی کوشش کی ہو" یقیناً احتباس کے تصور کی صحت کو پرکھنے کے لیے طبی مشاہدات اور معروضی تجربات سے حاصل ہونے والی شہادتوں کا ہی سہارا لیا جا سکتا ہے، ذاتی خیالات کا نہیں۔ باز بینی کے ذریعے بھی ان تک پہنچنا ممکن نہیں ہے۔

احتباس پر بلا مبالغہ سیکڑوں تجربات کیے گئے ہیں۔ ان کی اکثریت سے ہمیں ایسے نتائج حاصل ہوئے ہیں جنھوں نے نظریۂ تحلیل نفسی کی تائید کی ہے۔ ان میں سے کچھ کا تذکرہ بے محل نہیں ہوگا۔ شارپ (Sharp, 1938) کے تجربے سے معلوم ہوا کہ عصابی مریض ان الفاظ کو بہت کم یاد رکھ سکے جو جذباتی طور پر پریشان کن تھے۔ اس کے برعکس انھوں نے ان الفاظ کو خوب یاد رکھا جن کا تعلق ان کی ضروریات کی تسکین سے تھا۔ ڈیوین (Diven, 1937) نے ایک تجربہ کیا جس میں کچھ الفاظ کے ساتھ ساتھ برقی رو کے ذریعے ہلکے صدمے بھی پہنچائے گئے۔ دوسرے دن وہ الفاظ زیادہ یاد رہے جن کے ساتھ برقی جھٹکے نہیں دیے گئے تھے۔ تشویش پیدا کرنے والے الفاظ (یعنی جن کے ساتھ برقی صدمہ شامل تھا) یاد نہیں رہے۔ جب یہ بتا دیا گیا کہ اسے کسی بھی لفظ کے ساتھ برقی صدمہ نہیں پہنچایا جائے گا تو بہت سے وہ الفاظ جو بھلا دیے گئے تھے، یاد آ گئے۔

یہ تجربے ثانوی احتباس کی مثالیں ہیں۔ بنیادی احتباس پر، جس کا تعلق قبل تناسلی جنس سے ہوتا ہے، اخلاقی اور عملی وجوہ کی بنا پر براہِ راست تجربے نہیں کیے جا سکتے۔

انتقالِ جذبہ (DISPLACEMENT)

انتقال جذبہ کا مطلب ہے جذبات کا رخ خطرناک اور ناقابل قبول شے کی طرف سے

بے ضرر اور قابل قبول شے کی طرف موڑ دینا۔ سیموئل جانسن (Samuel Johnson) کے مطابق ۔ " اگر محبوبہ کی کسی بات پر غصہ آجائے تو عموماً یہ غصہ بیوی پر اُترتا ہے۔" عموماً جس جذبہ کو منتقل کیا جاتا ہے وہ جذبۂ مخاصمت ہوتا ہے۔ دیکھا گیا ہے کہ غصہ عموماً کسی قربانی کے بکرے پر اترتا ہے خواہ یہ عملی صورت میں ہو یا جذباتی رویے یا تخیل کی صورت میں۔ آفس میں افسر اعلیٰ سے جھگڑا مول لینا یقیناً خطرے سے خالی نہیں لیکن کسی ماتحت کو ڈانٹ دینے میں کوئی خطرہ شامل نہیں ہوتا۔ اگر ایک ننھا بچہ جو اپنی ضروریات کے لیے ماں پر منحصر ہوتا ہے، ماں سے سخت ناراض ہو تو زیادہ پشیمانی کا شکار ہو جائے گا۔ لیکن یہی بچہ اپنے کسی ساتھی یا چھوٹے بھائی بہن پر اپنا غصہ اتارے تو اسے اتنی تشویش لاحق نہیں ہوگی۔

ملر (Miller) نے ایک تجربے سے ثابت کیا کہ جانوروں میں بھی انتقال جذبہ پایا جاتا ہے۔ اس نے چوہوں کو تربیت دی کہ جب انھیں برقی صدمہ پہنچایا جائے تو وہ ایک دوسرے کو ضرب لگائیں۔ اس کے بعد ایک تربیت یافتہ چوہے کو ایسے پنجرے میں چھوڑ دیا گیا جس میں کوئی دوسرا چوہا نہیں تھا بلکہ پلاسٹک کی گڑیا رکھی ہوئی تھی چوہے نے اس گڑیا پر حملے کر کے اُسے گرا دیا۔ ملر کا کہنا ہے کہ انتقال جذبہ بھی تعمیم کی ایک مثال ہے اس کے تعمیم کے عام اصول اس پر بھی لاگو ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر اگر جذبے کو ابھارنے والا بنیادی ہیج موجود نہ ہو تو رَدِ عمل اس ہیج کی طرف منتقل ہو جاتا ہے جو بنیادی ہیج سے سب سے زیادہ مماثلت رکھتا ہو۔ تعمیم میں بھی یہی ہوتا ہے۔ دوسرے اگر بنیادی ہیج موجود ہو لیکن ردِ عمل کا رخ اس کی طرف موڑنے میں تشویش یا مجادلے کا امکان ہو تو ردِ عمل ایسی شے کی طرف بھی منتقل ہو سکتا ہے جو بنیادی شے سے بالکل مختلف ہو۔ تیسرے یہ کہ اگر جذبہ بہت شدید ہو تو ایسی اشیا کی طرف منتقل ہو جانے کا امکان بڑھ جائے گا جو بنیادی شے سے بہت مختلف ہیں۔ اس لیے اگر شدید غصے یا مخاصمت کو دبایا جائے تو معمولی سا واقعہ بھی جذباتی دھماکے کا باعث بن سکتا ہے۔

بیش تلافی (COMPENSATION)

ایک اور دفاعی وسیلہ تلافی کا عمل ہے۔ اس پر فرائڈ سے زیادہ ایڈلر نے زور دیا ہے یہ خود کو احساس کمتری سے دور رکھنے کا ایک حربہ ہے۔ اس کا مطلب ہے تسکین کے ایسے ذرائع تلاش کرنا جو بہت خوشگوار تو نہیں ہوتے لیکن ناکامی اور کمتری کے احساس کو دور رکھنے

میں مدد کرتے ہیں۔ اگر کوئی شخص کھیل کے میدان میں اس لیے نمایاں مقام حاصل کرنا چاہتا ہے کہ وہ تعلیم میں پیچھے رہ گیا ہے تو یہ عمل تلافی کہلائے گا۔ اسی طرح تعلیم کے میدان میں کارہائے نمایاں انجام دینا بشرطیکہ اس کی ترغیب کسی اور میدان میں ناکامی سے حاصل ہوئی ہو، تلافی ہے۔ کوئی کام صدقِ دل کے ساتھ کرنے یا تلافی کے دفاعی عمل کی وجہ سے کرنے کے درمیان فرق یہ ہے کہ تلافی کی خاطر کام کرنے والا شخص اضطراب واجبار کا شکار ہوتا ہے۔ اس کا مقصد دراصل متعلقہ کام کو کرنا نہیں بلکہ اپنے احساس کمتری کو دور کرنا ہوتا ہے۔

ارتفاع Sublimation

ایک اور دفاعی عمل کے تحت نا آسودہ جنسی اور جارحانہ محرکات کا رُخ سماج کے منظور شدہ افعال کی طرف موڑ دیا جاتا ہے۔ نظریۂ تحلیل نفسی کے حامیوں کا کہنا ہے کہ سادیت کو عمل جراحی پر مہارت میں عضوِ تناسل کی نمائش (Exhibitionism) کے جذبے کو رقص وادا کاری میں اور دوسروں کے عضوِ تناسل کی دید کی خواہش (Voyeurism) کو فنکارانہ تجسس میں تبدیل کیا جاسکتا ہے۔ دفاعی عوامل کی فہرست میں یہ اپنی نوعیت کا انوکھا طریقہ ہے اس لیے کہ اس کی تعریف سماج کے منظور شدہ معیار کے تحت کی جاتی ہے۔ ارتفاع، کامیاب سماج میں قبولیت حاصل کرنے والے اور اپنے ماحول سے پوری طرح مطابقت رکھنے والے افراد میں پایا جاتا ہے۔ تحلیل نفسی میں اس کو جذباتی استقلال کی علامت سمجھا جاتا ہے۔ تحلیل نفسی کے ذریعے کیے جانے والے علاج کا مقصد بھی یہی ہوتا ہے کہ دوسرے دفاعی عوامل کو ارتفاع میں تبدیل کر دیا جائے۔

ردِ عمل کی تشکیل (REACTION FORMATION)

اس وسیلے میں احتباس شامل ہوتا ہے۔ احتباس کو مزید تقویت دینے کے لیے فرد کچھ ایسے شعوری رویوں اور کرداروں کی تشکیل کرتا ہے جو اُس کے لاشعوری اور ناقابل قبول رجحانات کی ضد ہوں۔ اسی دفاعی وسیلے کے باعث وہ بچہ جو گندگی کی طرف راغب ہوتا ہے مقعدی دور کے اختتام پر انتہائی صفائی پسند بن جاتا ہے جنس میں بہت زیادہ دلچسپی لینے والا شخص جنس کے نام پر بھڑکنے لگتا ہے اور شدید جارحانہ رجحان رکھنے والا شخص اتنا رحم دل بن جاتا ہے کہ کیڑوں مکوڑوں کو مارنا بھی پسند نہیں کرتا۔

ردِّ عمل کے طور پر اختیار کی جانے والی ہمدردی، صفائی پسندی اور حیا کو حقیقی ہمدردی اور حیا وغیرہ سے تین خصوصیات کے ذریعے ممیز کیا جاسکتا ہے۔ (۱) جو شخص ردِّ عمل کے طور پر صفائی میں دل چسپی لیتا ہے وہ چیزوں کو مضحکہ خیز حد تک صاف رکھنے پر اصرار کرتا ہے۔ (۲) دوسرے یہ کہ قابلِ اعتراض لاشعوری خواہش اکثر دفاعی دیوار توڑ کر باہر جھانکنے لگتی ہے۔ (۳) تیسرے یہ کہ اگر حالات اس کردار کی راہ میں، جو ردِّ عمل کے طور پر پیدا ہوا ہے، کچھ اڑچنیں پیدا کردیں تو متعلقہ فرد میں شدید بحران کی علامات پیدا ہونے لگتی ہیں۔

تشکیل ردِّ عمل کا ایک دلچسپ پہلو یہ ہے کہ یہ اڈ اور فوق الانا کے درمیان ایک قسم کا سمجھوتہ ہے۔ فوق الانا کے مطالبات کو یہ کہہ کر پورا کیا جاتا ہے کہ دیکھ لیجیے میں با حیا، مہربان، صاف ستھرا ہوں، ساتھ ہی گرد و غبار اور گندگی سے رابطہ قائم رکھنے کا اس سے بہتر اور طریقہ نہیں کہ اس کی تلاش اور چھان پھٹک کی جائے۔ اسی طرح جنسِ زدگی کو قائم رکھنے کا یہ بہت اچھا طریقہ ہے کہ عریاں فلموں یا تحریروں پر تنقید کی جائے۔ ردِّ عمل کی تشکیل کے ذریعے فوق الانا کی تسکین بالواسطہ اور اڈ کی تسکین بلاواسطہ و مسخ شدہ طریقوں سے ہوجاتی ہے۔

اظلال Projection

اپنے کسی ناپسندیدہ وصف یا خواہش سے انکار کرنا اور اُسے دوسروں کے سر تھوپنے عمل خارجی حقائق سے جتنا متصادم ہوتا ہے اتنا کوئی اور دفاعی عمل نہیں ہوتا۔ ایک مجنون مرد جس میں اَمرد پرستی کا شدید جذبہ موجود ہے اور جو اس کے ساتھ ہی اپنے اس جذبے کا اقرار کرنے کو تیار نہیں ہے، سوچ سکتا ہے کہ دوسرے اس کو جنسی مقاصد کے لیے استعمال کرنا چاہتے ہیں۔ اظلال کو اس کی نسبتاً سادہ اور معمولی شکل میں دیکھنا ہو تو یہ مثال لیجیے فرض کیجیے آپ ایک بچے کو دو کھلونے دیتے ہیں جس میں سے ایک کھلونا زیادہ اچھا ہے۔ اس بچے سے کہا جاتا ہے کہ وہ ایک کھلونا دوسرے بچے کو بھی دے۔ یہ بچہ دوسرے بچے کو معمولی کھلونا دے دیتا ہے اور خود اچھا کھلونا رکھ لیتا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ یہ بچہ اپنے اس عمل کے جواز کے لیے اس طرح سوچے کہ ان حالات میں دوسرا بچہ بھی وہی کرتا جو اس نے کیا۔ لیکن اگر وہ اچھا کھلونا دوسرے بچے کو دے دیتا ہے تو اُسے ایسے کچھ سوچنے یا بالفاظِ دیگر اپنی غیر اخلاقی حرکت کے اظلال کی کوئی ضرورت نہیں رہ جاتی۔

بہت سے ماہرینِ سماجی نفسیات نے تحقیقی مرغ لعون اور تجربات سے ثابت ہوا ہے کہ نسی

مذہبی اور دوسری اقلیتوں کے خلاف پائے جانے والے تعصب میں اظلالی عمل بھی شامل ہوتا ہے یعنی اپنے ناپسندیدہ اوصاف کو لوگ اپنی ٹولی سے باہر کے لوگوں کے سر تھوپ دیتے ہیں اور پھر ان لوگوں کو حقیر سمجھا جانے لگتا ہے۔

تمثیل (IDENTIFICATION)

تمثیل اور انجذاب (Introjection) کی اصطلاحات کو توسیع ذات کے معنوں میں استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے دوسروں کے خواص کو اپنی ذات میں سمونے کی کوشش کی جاتی ہے۔ یہ عمل اظلال کی ضد ہے۔ اوڈی پس گتھی کے دور میں بچہ اپنے باپ کی طاقتور اور چھا جانے والی ہستی سے دماغ کے لیے اس کے اوصاف اپنی انا اور فوق الانا میں شامل کرنے کی کوشش کرتا ہے تاکہ وہ خود بھی باپ جیسا طاقتور بن سکے۔ تمثیل کا بنیادی اصول ہے۔ اگر تم انھیں ہرا نہیں سکتے تو ان میں شامل ہو جاؤ"۔ دوسری جنگِ عظیم کے دوران قیدیوں کے کیمپ میں بہت سے قیدی قید کرنے والوں کے لباس و خواص کو اپنانے کی کوشش کرتے تھے۔ ایسا کر کے وہ قید و بند کی صعوبتوں کے شدید دباؤ سے کچھ حد تک چھٹکارا محسوس کرتے تھے۔

اکثر بچے اور بڑے اپنے پسندیدہ مشاہیر کے خواص کو اختیار کرتے ہیں اور اس طرح اپنی ذات کے تصور میں وسعت پیدا کرتے۔ نارمل افراد میں تخیلی تمثل، حقیقت کے ساتھ گڈ مڈ نہیں ہوتا۔ لیکن مجنون جو اپنی ذات کو تقویت دینے اور تشویش رفع کرنے کے لیے خود کو صدر امریکہ سمجھنے لگتا ہے تو یہ اس کے نزدیک ایک اٹل حقیقت ہوتی ہے۔

ارتکاز اور مراجعت (FIXATION AND REGRESSION)

ارتکاز میں فرد کسی ایک طرزِ کردار یا نشوونمائی مرحلے پر منجمد ہو جاتا ہے جب کہ حالات یا نشوونما کا تقاضا ہوتا ہے کہ اس کردار کو ترک کر دیا جائے یا اس مخصوص دور سے گزر کر مزید پختگی حاصل کر لی جائے۔ مراجعت کے تحت وہ کسی پچھلے دور میں لوٹ جاتا ہے۔ ارتکاز کی صورت میں غصے کے شدید دورے، طفلانہ باتیں اور حرکتیں، انحصار دہانی (Oral dependence) بھائی بہنوں سے رقابت یا اوڈی پس لگاؤ اس وقت تک قائم رہتے ہیں جب کہ فرد کو ان سے گزر جانا چاہیے۔ مراجعت میں ہوتا یہ ہے کہ فرد ان مراحل سے گزرنے کے بعد دوبارہ ان پر لوٹ آتا ہے۔

در اصل دفاع کے دونوں حیلے ایک دوسرے میں پیوست ہیں۔ احتباس کے تحت ایک

شخص اس طرز کردار پر لوٹ جاتا ہے جس پر وہ جزوی طور پر مرتکز ہو چکا تھا۔ ارتکاز خواہ جزوی ہو یا کُلّی، ایک حفاظتی تدبیر ہے۔ اس لیے جو فرد کسی ایک کردار پر مرتکز ہو جاتا ہے۔ اُسے دوسرے کرداروں کو اپنانے کی زحمت گوارا نہیں کرنی ہوتی۔ وہ اس نمونۂ کردار کے ساتھ خود کو محفوظ سمجھتا ہے جس کے ذریعے اس کی ضروریات یا جذبات کی تسکین ہوتی رہی ہے۔ شدید قسم کا احساس نامرادی اکثر ارتکاز پیدا کرتا ہے۔

مراجعت کا ایک کلاسیکی کیس میسرمین (Messarman 1961) نے پیش کیا ہے۔

ایک سترہ سالہ لڑکی کو دماغی علاج کے لیے مطب میں لایا گیا۔ اس کی ماں کا کہنا تھا کہ پچھلے پانچ مہینوں میں اس کا کردار بے حد تخریبی اور نامعقول ہو گیا تھا۔ حالات کی چھان بین کرنے پر پتہ چلا کہ جب یہ لڑکی چار برس کی تھی تو اس کے والدین کے آپسی تعلّقات خراب ہو گئے اور ان میں شدید جھگڑے ہونے لگے۔ اسی عمر میں پہلی مرتبہ اس لڑکی میں عصبی اختلال کی علامتیں مثلاً دانت سے ناخن کترنا، غصّے کے دورے اور مختلف مرضیاتی خوف، وغیرہ نمودار ہوئیں۔ ماں باپ میں علاحدگی ہو گئی۔ مگر یہ لڑکی تیرہ برس کی عمر تک باپ کے پاس رہی اور اسی کے ساتھ سوتی بھی تھی۔ ماں نے شوہر پر الزام لگایا کہ وہ بیٹی کو غلط مقاصد کے لیے استعمال کر رہا ہے اور قانونی طور پر بیٹی کو حاصل کر لیا۔ لڑکی کو ماں کے پاس رہنا قطعی پسند نہ آیا۔ وہ برابر لڑتی جھگڑتی رہتی تھی۔ اس نے اسکول اور گھر، دونوں جگہوں پر بے راہ روی کے مسائل کھڑے کر دیے۔ کئی مرتبہ بدچلنی کے الزام میں پکڑی بھی گئی۔ اس دوران ماں باپ کے درمیان قانونی طلاق بھی ہو گئی۔ ماں نے بیٹی کو اس کی مرضی کے خلاف اپنے ساتھ ہی رکھا۔ اب اس نے اسکول جانے سے قطعی انکار کر دیا۔ بقیہ لوگوں اور ماحول سے بھی کنارہ کشی اختیار کرلی بات چیت کرنی تقریباً بند کر دی۔ ماں جب اپنے کام پر جاتی تھی تو اس کی عدم موجودگی میں یہ لڑکی اس کی چیزوں کو کھڑکی سے باہر پھینک دیتی تھی۔ خود اس کے لیے ماں نے جو کپڑے بنائے تھے ان کو پھاڑ دیتی تھی اور پورا گھر بکھیر کر رکھ دیتی تھی۔ اسی دوران اس لڑکی کو اپنی ہی ایک تصویر ہاتھ آ گئی جو پانچ برس کی عمر میں کھینچی گئی تھی۔ تصویر دھندلی تھی اور اس میں بہت سی تفصیلات غائب تھیں۔ بھوؤں میں سے ایک کا پتہ نہ تھا۔ اس لڑکی نے اپنی شکل بالکل اس تصویر جیسی بنالی۔ ایک بھوں (جو تصویر میں غائب تھی) صاف کر دی۔ اپنے بال بچوں جیسے تراش لیے۔ چہرے پر اس تصویر جیسے تاثرات قائم کر لیے اور اسی وضع میں بیٹھنے لگی جس وقت وہ کلنک میں لائی گئی۔ اس کا کردار بالکل بچوں جیسا تھا۔ وہ چھوٹے بچے

جیسی گندی تھی ۔ بات بے بات کھلکھلا کر ہنستی تھی ۔ بچوں کی طرح چھوٹے چھوٹے جملوں اور الفاظ میں بولتی تھی اور کاغذ کی گڑیا سے کھیلتی رہتی تھی اس کو دیکھ کر محسوس ہوا کہ وہ اپنی زندگی کے پسندیدہ دور میں واپس لوٹ گئی ہے جہاں وہ انتشار انگیز حسد اور دوسری کشاکشوں سے عاری تھی مراجعت میں خاص بات یہ تھی کہ اس نے ماں کو زندگی سے خارج کر دیا تھا اور اس باپ کو دوبارہ حاصل کر لیا تھا جسے وہ بچپن میں کھو بیٹی تھی ۔

انکار اور جذباتی کنارہ کشی DENIAL AND EMOTIONAL WITHDRAWL

انکار بہت سی صورتوں میں ظہور پذیر ہوتا ہے ۔ ایک شخص جس کا غصہ اس کی برداشت سے باہر ہوتا ہے، اپنے غصے سے انکار کر لیتا ہے ۔ ایک طالب علم جسے ڈر ہے کہ امتحان میں اس کے نمبر اچھے نہیں آئیں گے یہ کہتا ہے کہ اُسے اچھے نمبر حاصل کرنے کی خواہش ہی نہیں ہے لوگ خارجی حقائق کی طرح جذباتی ردِ عمل سے بھی روگرداں ہو جاتے ہیں ۔ کسی بیماری کی تشخیص ہو جانے پر بھی لوگ اس کا انکار کرتے رہتے ہیں ۔ کسی عزیز کی موت ہو جائے تو اسے بھی سالوں تک تسلیم نہیں کرتے ۔ انکار دراصل ماضی، حال یا مستقبل کے تکلیف دہ واقعات کا روح فرسا اثر کم کرنے کی کوشش ہے ۔

انکار سے کنارہ کشی کا بہت قریبی تعلق ہے ۔ اگر کسی شخص کو کسی مقابلے میں ہار جانے کا اندیشہ ہو تو ممکن ہے کہ وہ مقابلے سے کنارہ کش ہو جائے ۔ کنارہ کشی کی انتہائی صورتوں میں یہ بھی ہو سکتا ہے کہ فرد حقیقت کے دروازے مکمل طور پر اپنے اوپر بند کرلے اور بیمار ہو کر بستر پر لیٹ جائے یا ماحول کا احساس بالکل کھو دے ۔ اس پر کسی چیز کا اثر ہی نہ ہو ۔ بے حسی (Apathy) گویا لڑائی سے پہلے ہی ہتھیار ڈال دینا ہے ۔ حالانکہ اس صورت میں فتح نہیں نصیب ہوگی لیکن ہار کا امکان بھی باقی نہیں رہے گا ۔ انکار اور کنارہ کشی کو ہم ان جملوں سے واضح کر سکتے ہیں "ایسا نہیں ہوا / یا ہو رہا یا ہوگا " اور "میں چھپ جاؤں گا پھر خواہ کچھ ہو، میری بلا سے ۔"

تاویل Rationalization

تاویل احترام ذات (Self esteem) میں اضافہ کرنے کے لیے صحیح اسباب کی جگہ اچھے اسباب پیش کرنے کے دفاعی عمل کا نام ہے ۔ اکثر افراد اپنے کردار کو حق بجانب ثابت

کرنے اور دوسروں کو غلط ٹھہرانے کے لیے اس کا استعمال کرتے ہیں۔

عمل تنویم کے زیر اثر تاویل بڑے ڈرامائی انداز میں سامنے آتی ہے۔
عمل تنویم میں معمول سے کہا جاتا ہے کہ جب اس کی نشست ختم ہو تو وہ اپنی نکٹائی اُتارے جب معمول اپنی ٹائی اتارنے لگتا ہے تو اُسے احساس ہوتا ہے کہ چونکہ باقی تمام لوگ ٹائی لگائے ہوئے ہیں سے جھکی قرار دیا جائے گا۔ فوراً ہی وہ اپنے اس فعل کے لیے تاویلیں گڑھنا شروع کر دیتا ہے کہ یہ بہت تنگ ہے یا صحیح بندھی ہوئی نہیں ہے یا اس کا ڈیزائن بہت خوبصورت ہے ہوسکتا ہے لوگ اس کو دیکھنا چاہیں۔

تاویل کی دو صورتیں ہیں ایک تو کھٹے انگور والی صورت اور دوسرے میٹھے نیبو والی صورت۔
یک شخص جس کو انگور ہاتھ نہیں آئے تو یہ کہہ کر دل بہلاتا ہے "کچے ہیں کون دانت کھٹے کرے"۔ دوسری طرف اگر کسی کو شش کے نتیجے میں خلاف امید نیبو ہاتھ آئیں تو وہ شخص یہ کہکر دل کو تسلی دیتا ہے "خاصے میٹھے ہیں۔ بھلا کیا خرابی ہے ان میں" حالاں کہ اندرونی طور پر دونوں ہی مایوس ہوتے ہیں جس کو نیبو ملتے ہیں وہ بھی اور جسے انگور ہاتھ نہیں آتے وہ بھی۔

پرواز تخیل (FANTASY)

خواب بیداری اور پرواز تخیل دونوں خیالی دنیا میں ضروریات کی فراہمی کے وسیلے ہیں۔ اور حقیقی دنیا کی تلخیوں کا بدل ثابت ہوتے ہیں۔ یہ ایک فرضی طریقۂ کار کے ذریعے نامرادی کے خلاف فرد کی حفاظت کرتے ہیں۔ نارمل افراد اور عصباتی مریضوں کے لیے خیال کی دنیا سے حقیقی دنیا میں واپس آجانا ممکن ہوتا ہے لیکن جنون کے مریضوں کے لیے تخیل اور حقیقت میں تمیز کرنا اکثر ناممکن ہوجاتا ہے۔

ادب میں پرواز تخیل کی ایک مثال جیمس تھربر کی کتاب "والٹر مٹی کی خفیہ زندگی" (The Secret Life of Walter Mitty) میں ملتی ہے یوں تو وہ ایک زن مرید، نااہل اور دبو انسان ہے لیکن اس کی ایک اندرونی زندگی ہے جس میں وہ نت نئے رول ادا کرتا رہتا ہے۔ وہ آٹھ انجنوں کے ہوائی جہاز کا کمانڈر ہے۔ انتہائی شدید طوفان میں جہاز چلاتا ہے۔ دنیا کا سب سے بڑا سرجن اور جانبازانہ عاشق ہے۔ "یہ فاتح ہیرو" قسم کے خیالی پلاؤ ہیں۔ دوسری طرف وہ "مظلوم ہیرو" بھی ہے یعنی کسی زبردست ناانصافی کی وجہ سے جو اس کے ساتھ کی گئی ہے،

انتہائی وقار اور ہمت کے ساتھ برداشت کر رہا ہے۔

علاحدگی ((ISOLATION)

علاحدگی اور احتباس میں ایک مشترک خصوصیت پائی جاتی ہے۔ احتباس میں انسان اپنے کردار کے پیچھے چھپی ہوئی ترغیب کو سمجھ نہیں پاتا۔ علاحدگی کے تحت وہ ترغیب کو تو کچھ حد تک سمجھتا ہے مگر کردار سے اس کے تعلق کو نہیں سمجھ پاتا۔ حالانکہ دوسرے اُسے خوب سمجھتے ہیں۔

علاحدگی جیسا ایک دفاعی عمل متضاد رویّوں اور کردار کو ایک دوسرے سے علاحدہ کر دیتا ہے جیسے ایک مائل بہ تشدّد انسان جانوروں کے لیے انتہائی رحم دلی کا مظاہرہ کرتا ہو۔ بغیر یہ سمجھے ہوئے کہ اس کا کردار اندرونی طور پر غیر مربوط ہے۔ جسم کی نمائش اور دوسری جنسی بے راہ روی میں مبتلا افراد اکثر اخلاقی رویّوں کا مظاہرہ کرتے نظر آتے ہیں۔ پیرانوئیا کا مریض اکثر ایک طرف تو یہ کہتا ہے کہ وہ بے انتہا دولت مند ہے اور دوسرے ہی لمحے وہ آپ سے ایک ڈالر دینے کی فرمائش کر بیٹھتا ہے۔ اس کا ذہنی نظام کئی خانوں میں بٹا ہوا ہوتا ہے جو اس کے واہموں کو اس کے کردار سے علاحدہ رکھتے ہیں اس کے لیے اس کے پاس مناسب دلیلیں بھی ہوتی ہیں۔ مثلاً مذکورہ بالا مریض کے بیان کو چیلنج کیا جائے تو وہ جھٹ تاویل پیش کر دے گا کہ اس کے دشمن، اُسے اپنی دولت کا استعمال نہیں کرنے دے رہے ہیں۔

ناکردگی ((UNDOING))

کسی حقیقی یا تخیلی جرم کے احساس کو ختم کرنے کے لیے جادو ٹونوں یا رسموں کا سہارا لینا ناکردگی (undoing) کہلاتا ہے۔ مثلاً کسی جملے یا رسمی عمل کو دوہراتے رہنا۔ شیکسپیئر کے ڈرامے "میکبتھ" کی ہیروئن لیڈی میکبتھ خواب خرامی کے عالم میں اپنے ہاتھوں کو بار بار مل کر اپنے جرم کو ناکردہ بناتی تھی اس طرح وہ ان سے خون کے دھبّے چھڑانے کی کوشش کرتی تھی جو اسے عالم خیال میں اپنے ہاتھوں پر نظر آتے تھے۔ اسی طرح ایک ذہنی مریض کو احساس ہوا کہ اس نے اپنی بیوی کو زیور خریدنے کی اجازت نہ دے کر انتہائی کنجوسی کا ثبوت دیا ہے لیکن چوں کہ بیوی کے سامنے کنجوسی کے اعتراف کو وہ اپنی توہین سمجھتا تھا اس لیے بغیر کہے سُنے وہ اس کو کئی دنوں تک تھوڑی سی رقم دیتا رہا، یہ گویا کنجوسی کا کفارہ تھا۔

دفاعی عوامل اور نفسی مرضیات

جن دفاعی عوامل کا ہم نے ذکر کیا یہ ذہنی اختلال میں مبتلا افراد میں بھی پائے جاتے ہیں اور نارمل افراد میں بھی۔ ایک ایسا انسان جو کوئی بھی دفاعی تدبیر نہ اختیار کرے، روزمرہ کے جذباتی اور سماجی دباؤ کو برداشت نہیں کر سکتا۔ تاہم دفاعی عوامل نارمل کردار میں جو رول ادا کرتے ہیں وہ ابنارمل کردار میں ادا کیے جانے والے رول سے قطعی مختلف ہوتا ہے۔ نارمل انسان کے دفاعی عوامل نسبتاً کامیاب ہوتے ہیں جب کہ ابنارمل انسانوں کی دفاعی تدابیر ناکام رہتی ہیں۔ حالانکہ ذہنی امراض کی کچھ صورتوں میں خصوصیت سے عصباتی خلل میں دفاع کا عمل بہت شدید ہوتا ہے۔ جب دفاعی تدابیر تشویش اور ناقابل قبول خواہشات کو دُور رکھنے میں کامیاب نہیں ہوتی ہیں تو عصباتی علامتوں کو پھلنے پھولنے کا موقع مل جاتا ہے۔ نارمل اور ابنارمل دفاعی تدابیر میں ایک فرق یہ بھی ہے کہ غیر نارمل تدابیر میں سے کچھ ایسی بھی ہیں جن کے زیادہ استعمال سے دوسروں پر بُرا اثر پڑتا ہے اس لیے وہ ناپسندیدہ قرار دی جاتی ہیں۔ طفلانہ جارحیت کی طرف مراجعت، ردِ عمل کی تشکیل جس سے دوسروں کی آزادی میں اڑچن پڑے اور اظلال، یہ سب معاشرے کے لیے اکثر نقصان دہ ثابت ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر ہٹلر کی طفلانہ جارحیت اور پیرانوئیائی اظلال نے دنیا کو ہلا کر رکھ دیا تھا۔ ہسٹریا کا مریض اپنی اضطراری خواہشات کو دباتا اور ان سے انکار کرتا ہے جب کہ اجباری وہم مسلط کا مریض ردِ عمل کی تشکیل، علاحدگی اور تلافی مافات کو دفاع کا وسیلہ بناتا ہے۔ تاہم ہر مرض میں ایک ہی دفاعی عمل نہیں پایا جاتا۔ اکثر کئی عوامل ایک ساتھ نظر آتے ہیں لیکن ان کا ایک مجموعہ مرکزی کردار ادا کرتا ہے، باقی کی حیثیت ثانوی ہوتی ہے۔ ہسٹریا کی وضاحت کے لیے اختناس دوسرے دفاعی وسیلوں کی بہ نسبت زیادہ اہم ہے۔

یہاں ایک بنیادی مسئلہ سامنے آتا ہے اور وہ ہے دفاعی کردار کو غیر دفاعی کردار سے علاحدہ کرنا، کردار کی ہر صورت کو دفاعی قرار دینا، مثلاً فیاضی کی ہر صورت کے بارے میں کہہ دینا کہ یہ کنجوس کا ردِ عمل ہے، ہر استدلال کو تاویل قرار دینا اور دوسروں پر کیے گئے تبصرے کو اظلال کہہ دینا اسی قدر احمقانہ ہے جتنا کہ ہر کردار کو محض اس کی ظاہری کیفیت کے اعتبار سے پرکھنا اور اس میں پوشیدہ دفاعی عنصر کو نظر انداز کر دینا۔

دفاعی اور غیر دفاعی کا فرق دراصل ان کی محرکات کا فرق ہے۔ دفاعی تحریک اس وقت موجود

ہوتی ہے جب کہ فرد پریشان، بے صبر، ضرورت سے زیادہ فعال اور آسانی سے احساس نامرادی کا شکار ہو جانے والا ہوتا ہے۔ یہ خصوصیات کردار کے طرز (Manner) اور مواد ([illegible]) دونوں کو متاثر کرتی ہیں وہ شخص میز پر مکّہ مار کر کہتا ہے "میں ناراض نہیں ہوں۔ دراصل ناراض ہوتا لیکن اپنی ناراضگی سے انکار کر رہا ہے۔ اظلال عموماً اس وقت ظاہر ہوتا ہے جب متعلقہ شخص اپنی مدعا کے اظہار میں بے حد سختی سے کام لیتا ہے۔ اس میں کچھ ہیجانی کیفیت بھی پائی جاتی ہے۔ اس کے برعکس غیر دفاعی کردار پُرسکون ہوتا ہے اس لیے کہ اس کی بنیادی تحریک کا سوتہ تشویش یا احساس جرم میں نہیں پایا جاتا۔ اسی طرح تحریک اور کردار کے طرز کو ہی بنیاد بنا کر تعمیری تخیل کو دفاعی پرواز تخیل سے دانشمندانہ تجزیے کو استدلالی علاحدگی سے، صبر و ضبط کو کنارہ کشی سے اور کسی بھی دفاعی کردار کو اس کی غیر دفاعی صورت سے علاحدہ کیا جا سکتا ہے۔ بالفاظ دیگر کردار اور تحریک ان دونوں صورتوں کو ایک دوسرے سے ممیز کرنے کا پیمانہ ہیں۔

چوتھا باب

تعلیل
موروثی اسباب

اکثر لوگوں کا خیال ہے کہ جذباتی اختلال اور ذہنی بیماریاں، فاسد خون کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ بالفاظ دیگر یہ والدین سے اولاد کو بذریعہ وراثت منتقل ہو جاتی ہیں۔ اس خیال کے حامیوں کا یہ بھی کہنا ہے کہ ابنارمل کردار کو نہ تو تبدیل کیا جا سکتا ہے اور نہ ہی اس کا علاج ممکن ہے۔ اس کے برعکس ایک دوسرا عقیدہ یہ ہے کہ (اور یہ عقیدہ بھی وسیع پیمانے پر تسلیم کیا جاتا ہے) نفسیاتی شکائتیں ناسازگار ماحول کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں۔ اس عقیدے کے حامیوں کا کہنا ہے کہ ابنارمل کردار کو صرف کم ہی نہیں بلکہ شاید مکمل طور پر ختم بھی کیا جا سکتا ہے۔ بشرطیکہ مناسب اصلاحی اور سازگار ماحول مل سکے۔

ماحول میں یقین رکھنے والے افراد انسان کو ایک ایسا کورا کاغذ (Tabula Rasa) سمجھتے ہیں جس پر تجربات جو چاہیں لکھ دیں۔ جب کہ وراثت میں یقین رکھنے والے افراد کا کہنا ہے کہ یہ کاغذ (یعنی انسان) کورا نہیں ہوتا۔ اس پر تحریر موجود ہوتی ہے۔ یہ ضرور ہے کہ یہ تحریر مدّھم ہوتی ہے، بہت واضح نہیں۔

وراثت اور ماحول کے مسئلے کو حل کرنے سے پہلے ایک نقطے کی وضاحت ضروری ہے اور وہ یہ ہے کہ وراثت کے ذریعے کسی مرض سے صحتیابی کی پیشین گوئی یقینی طور پر نہیں کی جا سکتی یعنی مرض کی پیش بینی اور وراثت میں ضروری نہیں کہ کوئی تعلق موجود ہو، ہو سکتا ہے کہ کسی مرض میں موروثی عنصر خاصہ مضبوط ہو لیکن اس کے باوجود اس کا علاج کیا جا سکے۔ مثال کے طور پر تپ دق کو لیجیے۔ اس میں موروثی عناصر پائے جاتے ہیں، اس کے باوجود یہ مرض نہ صرف قابل علاج ہے بلکہ اس کی روک تھام بھی ممکن ہے۔ اس کے برعکس ایسا مرض بھی ہو سکتا ہے جو بنیادی طور پر

ماحول کے سبب ہو لیکن اس کے باوجود اس کا علاج نہ کیا جا سکے۔ مثال کے طور پر جنون کے کچھ مریضوں میں ناسازگار ماحول کا دباؤ اتنا شدید اور مسلسل ہوتا ہے کہ ان کو ماضی کے برے اثرات سے چھٹکارا دلانا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔

وراثت اور ماحول یا فطرت بمقابلہ تربیت کے مسئلے کی وضاحت اسی وقت ہو سکتی ہے جب ہم کردار کو علم جین (Genetics) کے ذریعے واضح کرنے کی کوشش کریں۔ حالیہ سالوں میں اس علم نے بڑی ترقی کی ہے اور کردار کو سمجھنے میں اس سے بڑی مدد ملتی ہے۔ حسب ذیل حصوں میں علم جین کے خصوصی حقائق، تصورات اور طریقوں سے بحث کی گئی ہے۔

وراثت کی جسمانی بنیاد

وراثت اور ماحول کے سائنٹیفک معنی ان معنوں سے قطعی مختلف ہیں جو ایک عام آدمی ان کو پہناتا ہے۔ یہ سوچنا غلط ہے کہ ایک جاندار کی کوئی خصوصیت یا تو مکمل طور پر موروثی ہوتی ہے یا مکمل طور پر ماحول کی دین۔ وراثت سے ایک فطری میلان حاصل ہوتا ہے۔ ہر فرد کی ہر خصوصیت اس فطری میلان اور ماحول کے درمیان ہونے والے تعامل کا نتیجہ ہوتی ہے۔ ہم اس موضوع کی ابتدا بھی اسی بیان سے کریں گے کہ تمام کردار ماحول اور وراثت دونوں کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

تاہم مختلف افراد کے کرداروں میں کچھ فرق ایسے ہوتے ہیں جو ان کے فطری میلان کے باعث پائے جاتے ہیں، کچھ فرق ایسے ہوتے ہیں جو ان کے ماحول کے مختلف ہونے کے باعث ہوتے ہیں۔ اور کچھ فرق ایسے بھی ہوتے ہیں جو فطری میلان اور ماحول کے باہمی امتزاج سے پیدا ہوتے ہیں یہاں دونوں کو علاحدہ کرنا ممکن نہیں ہوتا ہے۔ کسی وصف یا کردار کو موروثی اس وقت قرار دیا جائے گا جب مختلف لوگوں میں اس کے تعلق سے پایا جانے والا فرق جینیائی (Genetic) ہو (مثال کے طور پر خون کا گروپ) اسی طرح وصف کو ماحول کی دین اس وقت کہا جائے گا جب افراد میں اس کے تعلق سے پایا جانے والا فرق جینیائی نہ ہو۔ (مثال کے طور پر سماجی رسوم اور زبان) باقی دوسرے اوصاف اور کردار، وراثت اور ماحول دونوں سے متاثر ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر قد اور وزن، ذہانت، مزاجی کیفیات (جیسے جذباتیت چڑچڑاپن وغیرہ) اور انرجی کی سطح، جینیائی و غیر جینیائی دونوں عوامل کا شدید اثر قبول کرتے ہیں۔

گیمٹ، جین اور کروموسوم (Gamete, Genes and Chromosomes)

موروثی خواص والدین سے اولاد کو دو جنسی خلیوں کے ملاپ کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں - اس میں بیضۂ انثیٰ ماں سے اور کرم منی باپ سے حاصل ہوتا ہے - ان دونوں خلیوں میں (پیدا ہونے والے) فرد کی مکمل جسمانی وراثت شامل ہوتی ہے - اس کی تمام پوشیدہ موروثی صلاحیتیں بارآور بیضہ میں موجود ہوتی ہیں - یہ خوابیدہ صلاحیتیں پختگی کے حیاتیاتی عمل کے ذریعے پروان چڑھتی ہیں -

موروثی خواص کے حامل ذرّوں کو جین کہا جاتا ہے - یہ کروموسوم کے دونوں طرف ترتیب دیے ہوئے ہوتے ہیں - کروموسوم جینی خلیوں کی نیوکلیئس میں پائے جاتے ہیں - انسانوں کے ہر خلیے میں تقریباً ۴۰ سے ۸۰ ہزار جین پائے جاتے ہیں اور زیادہ تر انسانی خلیوں میں کروموسوم کے ۲۳ جوڑے پائے جاتے ہیں - ہر جوڑے میں ایک کروموسوم ماں سے اور دوسرا باپ سے حاصل ہوتا ہے - ان میں بائیس جوڑے ہمیشہ یکساں ہوتے ہیں - فرد کی جین پر ان کا کوئی اثر نہیں پڑتا - بقیہ دو کروموسوم یکساں ہو سکتے ہیں اور نہیں بھی ہو سکتے - یہ فرد کی جین کا یقین کرتے ہیں - عورتوں میں دونوں جنسی کروموسوم ایک دوسرے کے مماثل ہوتے ہیں - انہیں کروموسوم کہا جاتا ہے - مردوں کے جنسی کروموسوم یکساں نہیں ہوتے - ان میں ایک کروموسوم ہوتا ہے اور دوسرا کروموسوم -

تولیدی غدود (عورتوں میں بیضہ دان اور مردوں میں خصیے) میں ایک عمل رونما ہوتا ہے جو تخفیفی تقسیم کہلاتا ہے - اس عمل کے تحت ہر جنسی خلیے میں پائے جانے والے کروموسوم کے تیئیس جوڑوں کے ہر جوڑے سے ایک کروموسوم کا انتخاب کر لیا جاتا ہے - اس طرح بیضۂ انثیٰ اور کرمِ منی کے ملاپ سے جس زائیگوٹ کی تشکیل ہوتی ہے اس میں پھر کروموسوم کے تیئیس (۲۳) جوڑے بن جاتے ہیں - (دیکھیے خاکہ نمبر ۱) - مادہ جنسی خلیے سے ہمیشہ کروموسوم حاصل ہوتا ہے - نر خلیہ نصف مرتبہ کروموسوم دیتا ہے اور نصف مرتبہ اولاد کی جنین کا تعین اس بات سے ہوتا ہے کہ ملاپ کے وقت ان میں کون سا کرم منی موجود تھا -

کچھ جین غالب ہوتے ہیں اور کچھ مراجعتی - ان میں بھی دو اقسام پائی جاتی ہیں یعنی مکمل

طور پر غالب اور مکمل طور پر مراجعتی، اور جزوی طور پر غالب و جزوی طور پر مراجعتی۔ کچھ خواص ایک تنہا مکمل غالب جین کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں، کچھ مکمل مراجعتی جینوں کے ایک تنہا جوڑے کی وجہ سے اور کچھ خواص کئی جینوں کے مشترکہ عمل کی وجہ سے۔ جب کسی وصف کو ایک تنہا خصوص جین کا نتیجہ قرار دیا جاتا ہے تو وراثت کے میکانیہ کو واحد جینی یا مینڈلیئن کہا جاتا ہے (جارج مینڈل جدید علم جین کا بانی تھا)۔ جب اوصاف کا فرق کئی چھوٹے جینوں کے مشترکہ اثر کی وجہ سے ہو تو اس میکانیے کو متعدد جینی کہا جاتا ہے۔

متعدد جینی میکانیے ان اوصاف کی تقسیم کے ذمہ دار ہوتے ہیں جو مسلسل اعتدال تقسیم کے اصول کے مطابق منقسم ہوتے ہیں مثلاً قد، وزن، ذہانت اور خون کا دباؤ وغیرہ وغیرہ۔

عملی اور نظریاتی نقطۂ نظر سے اس چیز کی بڑی اہمیت ہے کہ کسی وصف یا اختلال کو وصفی طور پر منتقل کرنے میں وراثت کے کسی میکانیے کی کارفرمائی شامل تھی۔ غالب یا مراجعتی، واحد جینی یا متعدد جینی، جین سے وابستہ یا غیر جینی کسی موروثی نقص یا اختلال پر قابو پانے کے امکان کا انحصار اس حقیقت کو جاننے پر ہے کہ وہ نقص موروثی طور پر کس طرح منتقل ہوا ہے۔ علم جین میں جو زبردست ترقی ہوئی ہے۔ اس کی وجہ سے بہت سے امراض پر قابو پانے کے امکانات میں اضافہ ہو گیا ہے۔ اس لیے کہ جن میکانیوں کے ذریعے وہ منتقل ہوتے ہیں انھیں زیادہ بہتر طور پر سمجھ لیا گیا ہے۔ کسی وصف یا مرض میں وراثت کی اہمیت کو جاننا گویا ان میکانیوں کے تعین کے سلسلے میں پہلا قدم ہے جو آنے والی نسلوں میں اوصاف کو منتقل کرتے ہیں۔

نسبیاتی تحقیق کے منتخب طریقے

جانوروں پر آزمائے جانے والے نسبیاتی طریقے

جانوروں پر جو جینیائی تجربے کیے جاتے ہیں ان کے دو طریقے ہیں (۱) منتخب نسل کشی اور خالص نسبی۔ منتخب نسل کشی کے تحت جانوروں کی دو نسلیں اس طرح تیار کی جاتی ہیں کہ جس وصف پر تحقیق کرنا ہو (فرض کیجیے جذباتیت)، اس کی جانچ کے ذریعے ان جانوروں کو منتخب کر لیا جاتا ہے جنھوں نے علی الترتیب زیادہ اور کم اسکور حاصل کیے ہوں۔ پھر زیادہ اسکور حاصل کرنے والے جانوروں کی نسل اسکور حاصل کرنے والوں سے ربط عمل کی نسلوں

تک دوہرایا جاتا رہتا ہے۔ اس طریقے کا استعمال کرنے والے کئی مطالعوں پر آگے نظر ثانی کی گئی ہے۔

دوسرے طریقے کے تحت نسل کو خالص بنانے کے لیے پہلے کئی نسلوں تک بھائی بہنوں کی جُفتی کرائی جاتی ہے۔ اس طریقے سے جو جانور حاصل ہوتے ہیں۔ پھر ان کی کراس جُفتی کرائی جاتی ہے۔ کراس جفتی سے حاصل ہونے والے نتائج کو مختلف مفروضوں کی صحت کی جانچ کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ نسل کشی کے اس طریقے سے مختلف اوصاف جس تعداد میں ظاہر ہوتے ہیں اس کا موازنہ اُس تعدد سے کیا جاتا ہے جس کی پیشین گوئی مختلف نظریاتی مفروضوں کے ذریعے کی جاتی ہے۔

انسانوں پر استعمال ہونے والے نسبیاتی طریقے

جانوروں کے برعکس انسانوں میں بہت سے ایسے خواص پائے جاتے ہیں جن کی وجہ سے نسبیاتی مطالعوں میں مشکلیں پیدا ہوتی ہیں اول تو انسانوں کی دو نسلوں کے درمیان بہت طویل وقفہ ہوتا ہے۔ دوسرے ایک بار پیدا ہونے والے بچوں کی تعداد محدود ہوتی ہے۔ جانوروں کی زیادہ تر اقسام میں یہ تعداد انسانوں کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہوتی ہے۔ انسانوں میں مجامعت اور ماحول سے وابستہ تجربوں کو کنٹرول کرنا بھی ناممکن ہے۔ اس کے علاوہ ان میں جین اور کروموسوم بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں۔ ان مسائل کی وجہ سے انسانی نسبیات کے لیے شماریاتی تکنیکیں استعمال کی جاتی ہیں۔

انسانوں کے امراض کے متعلق جو اعداد و شمار حاصل ہوتے ہیں ان کی تشریح کے بنیادی قوانین کے متعلق ڈیوڈ اور سنڈر (۱۹۵۴) نے کہا ہے۔

"اگر زیر تحقیق انسانوں کے رشتے داروں میں متعلقہ وصف عام انسانوں کے مقابلے میں زیادہ پایا جاتا ہے تو یہ اس بات کا ثبوت ہے کہ یہ وصف جینیاتی عوامل سے متاثر ہو رہا ہے۔ بشرطیکہ یہ بھی ثابت ہو جائے کہ ماحول سے تعلق رکھنے والے وصفِ مذکور پر اثر انداز نہیں ہو رہے ہیں"

یوں انسانی نفسیات میں رشتے داروں یا بہ الفاظ دیگر خاندانی اعداد و شمار کا مطالعہ کیا جاتا ہے۔ یہاں ضروری ہے کہ خالص موروثی اوصاف کو ان اوصاف سے ممیز کر لیا جائے

جو خاندان میں پائے جاتے ہیں۔ ایک وصف کے کسی خاندان میں موجود ہونے کا مطلب ہے کہ وہ وصف عمومی آبادی کی بہ نسبت متعلقہ خاندان کے افراد میں زیادہ پایا جاتا ہے۔ وہ اوصاف جو خالص موروثی نہیں ہوتے۔ اس لیے خاندان میں پائے جاتے ہیں کہ خاندان کے افراد ایک مشترکہ ماحول میں پلتے بڑھتے ہیں۔ والدین کے ساتھ رہنے کی وجہ سے کچھ بیماریوں کے جراثیم بچوں میں منتقل ہو جاتے ہیں یا بچے خود کو والدین جیسا بنانے کی کوشش کرتے ہیں۔ مشترکہ حالات مثلاً معاشی محرومی یا تعلیمی مواقع بھی کچھ خاندانوں میں بعض اوصاف کے ارتقا کا سبب بن جاتے ہیں۔

نسلی طریقہ

ایک ہی خاندان کے افراد میں پائی جانے والی مماثلت کا اعتراف بہت زمانہ پہلے بھی کیا گیا تھا۔ اس کا ثبوت زمانۂ قدیم سے چلی آ رہی کہاوتوں میں ملتا ہے۔ مثال کے طور پر جیسا باپ ویسا بیٹا وغیرہ۔ تاہم انسانی خواص کی سائنٹیفک تحقیق کی داغ بیل انیسویں صدی کے آخری حصے میں سر فرانسس گالٹن نے ڈالی تھی۔ سر گالٹن نے کچھ مشہور خاندان کو لیا اور پھر ان خاندانوں میں شہرت یافتہ افراد کے تعدد کا مطالعہ کیا۔ انھوں نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ شہرت یافتہ افراد کے عزیزوں کے شہرت حاصل کرنے کا امکان عام آدمیوں کے عزیزوں کے مقابلے میں زیادہ ہوتا ہے۔ بدقسمتی سے اس مطالعے سے یہ واضح نہیں ہو سکا کہ یہ امکان ان کے موروثی ذہنی خواص کی وجہ سے بڑھ جاتا ہے یا سازگار ماحول حاصل ہونے کی وجہ سے یا دونوں کے مشترکہ اثر سے ہو اس طرح کا مطالعہ ماحول کے اثر انداز ہونے کے امکان کو ختم نہیں کرتا ہے۔ انسانی نسبیات کے لیے اس کی خاص دین یہ ہے کہ اس کی وجہ سے خاندانی اعداد و شمار حاصل ہوتے ہیں جو کچھ ایسے مفروضوں کو سامنے لاتے ہیں جن کی وجہ سے ہماری توجہ وراثت کے خصوصی میکانیوں کی طرف مبذول ہوتی ہے۔ ہم زیادہ بہتر طریقوں سے ان مفروضوں کی جانچ کر سکتے ہیں۔ ان آزمائشی طریقوں کا بیان ہم آگے کریں گے۔

اعزہ کے شماریاتی موازنے

ایک ایسی خصوصیت کے لیے جو مسلسل طور پر تقسیم نہ ہوتی ہو بلکہ یا تو موجود ہو یا غیر موجود۔

جانچ کا واحد جینی وراثتی پیمانہ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس کے لیے اس وصف کے تعدّد کو حاصل کرنے کے لیے رشتے داروں کے مختلف طبقوں کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے۔ مشاہدے سے جو نتائج حاصل ہوں گے ان کا موازنہ اس تعدّد سے کیا جائے گا جس کی توقع مختلف مفروضوں (مثلاً وراثت بذریعہ غالب جین بجائے مراجعتی جین، غیر جنسی بمقابلہ جنس سے وابستہ جین وغیرہ) کے تحت کی جا سکتی ہے۔ اگر مشاہدے سے حاصل ہونے والے تعدّد اور متوقع تعدّد میں خاصی قریبی مماثلت موجود ہے تو وراثت کے مفروضہ میکانیے کی موجودگی کا ثبوت مل جاتا ہے۔

مسلسل طور پر تقسیم ہوتی رہنے والی خصوصیات (مثلاً قد، وزن، خون کا گروپ وغیرہ) کے لیے جو طریقہ اپنایا جاتا ہے اس کے تحت رشتے داروں کے مختلف طبقوں کے درمیان پائے جانے والے شماریاتی ربط کا موازنہ اس شماریاتی ربط سے کیا جاتا ہے جس کی ان سے توقع کی جاتی ہے یہ متوقع ربط متعدّد چھوٹے جینوں کے ذریعے تقسیم ہونے والی وراثت پر مبنی ہوتا ہے۔ مشاہدے سے حاصل ہونے والے نمونوں اور متوقع نمونوں کے درمیان پائی جانے والی مشابہت متعدّد جینی وراثت کا ثبوت ہوتی ہے۔

متبنّیٰ بچوں کے مطالعے کا طریقہ

متبنّیٰ بچوں پر جو تحقیقی مطالعے کیے جاتے ہیں ان میں (الف) ان بچوں اور ان کے منہ بولے والدین کے درمیان پائی جانے والی مماثلتوں کا مشاہدہ کیا جاتا ہے (ب) ان بچوں اور ان کے حقیقی والدین کے درمیان پائی جانے والی مشترک خصوصیات کا مطالعہ کیا جاتا ہے۔ (ج) مماثلتوں کے ان دونوں مجموعوں کا آپس میں موازنہ کیا جاتا ہے اور دیکھا جاتا ہے کہ متبنّیٰ بچے اپنے منہ بولے ماں باپ سے زیادہ قریب ہوتے ہیں یا حقیقی ماں باپ سے۔

اوسبورن (1951 Osborn) نے متبنّیٰ بچوں پر کی جانے والی تحقیق کے لیے مختصراً حسب ذیل شرائط کا ذکر کیا ہے۔ (۱) متبنّیٰ بچوں کو ان کے منہ بولے والدین کے پاس جلد ہی پہنچا دیا جائے تاکہ وہ اپنے ذاتی گھر کے ماحول سے جہاں تک ہو سکے، کم متاثر ہوں۔ (۲) ان بچوں کو متبنّیٰ بنانے میں کسی انتخابی عمل کا دخل نہیں ہونا چاہیے یعنی بچے کو اس لیے گود لیا جائے کہ وہ لینے والے افراد میں کسی سے مشابہت رکھتا ہے۔ (۳) تحقیق میں بچوں کو گود لینے والے گھروں کی معقول تعداد بطور نمونہ شامل ہونی چاہیے۔ یہ گھر ہر سماجی و معاشی درجے

سے منتخب کیے جانے چاہئیں تاکہ بچوں اور ان کے منہ بولے ماں باپ کی ایسی خصوصیات کا باضابطہ نمونہ حاصل ہو سکے جو مختلف سماجی، معاشی طبقوں سے تعلق رکھتی ہیں اس کے علاوہ اس سے بچوں پر سماجی معاشی حالات کے براہ راست پڑنے والے اثر کا مطالعہ بھی کیا جا سکے گا۔ (۴) منتخب کیے جانے والے متبنیٰ بچوں کا تعلق صرف ایک نسل اور ملک سے ہونا چاہیے تاکہ نسلی اور ملکی فرق کے امکان کو ختم کیا جا سکے۔

جڑواں بچوں پر تحقیقی مطالعہ

ذہانت، شخصیت اور کرداری اختلال پر وراثت کے اثرات کو دیکھنے کے لیے جڑواں بچوں کو وسیع پیمانے پر استعمال کیا جا رہا ہے۔ انسانوں میں جڑواں بچے یا تو دو مختلف بیضوں کے بارآور ہونے سے پیدا ہوتے ہیں یا ایک ہی بارآور بیضے سے جو نشوونما کی ابتدا میں ہی دو حصوں میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ دونوں حصے دو مختلف بچوں کی صورت میں نشوونما پاتے ہیں۔ ان کو علی الترتیب یک بیضی اور دو بیضی کہا جاتا ہے۔ یک بیضی جڑواں بچے ہمیشہ ایک ہی جنس کے ہوتے ہیں جب کہ دو بیضی جڑواں ایک جنس کے بھی ہو سکتے ہیں اور دو مختلف جنسوں کے بھی۔

وراثت اور ماحول کی اضافی اہمیت یک بیضی بچوں کے اوصاف کے فرق اور دو بیضی بچوں (ترجیحاً ہم جنس) کے اوصاف کے فرق کی مقدار کا موازنہ کر کے معلوم کی جا سکتی ہے۔ کیوں کہ یک بیضی جڑواں بچوں کی جینیاتی ساخت یکساں ہوتی ہے اس لیے ان میں پائے جانے والے فرق ماحول کی وجہ سے ہونے چاہئیں۔ اس کے برعکس دو بیضی جڑواں بچوں کے اوصاف کے فرق وراثت کی وجہ سے بھی ہو سکتے ہیں اور ماحول کی وجہ سے بھی۔ بظاہر تو یہی محسوس ہوتا ہے کہ یک بیضی و دو بیضی توام بچوں کے اضافی فرق سے وراثت کا اثر واضح ہو جانا چاہیے۔ لیکن بات اتنی آسان نہیں ہے۔ اس فرق کو جاننے کے عمل میں طریق کار سے تعلق رکھنے والی دشواریاں پائی جاتی ہیں۔ ان دشواریوں کو ہم مختصراً بیان کریں گے

جڑواں بچوں پر کی جانے والی تحقیق دو قسم کی ہوتی ہے (۱) یک بیضی و دو بیضی جڑواں بچوں کا موازنہ (۲) یک بیضی بچے جنھوں نے ساتھ ساتھ پرورش پائی ہے اور یک بیضی

جنھوں نے کسی وجہ سے الگ الگ پرورش پائی ہے، ان کا موازنہ۔

طریق کار کے نقائص

ان طریقوں کی راہ میں پہلی دشواری تو یہ ہے کہ پیدائش سے پہلے اور پیدائش سے بعد کے ماحول پر مکمل قابو پانا ناممکن ہے۔ اس کے علاوہ (۱) یک بیضی و دو بیضی بچوں کو ایک دوسرے سے ممیز کرنے میں غلطی ہو سکتی ہے۔ ان بچوں کو صرف خون کی جانچ پر مبنی جدید طریقے سے ہی پہچانا جا سکتا ہے۔ گوٹس مین نے ان مختلف طریقوں کی صحت کا موازنہ کیا ہے جن کے ذریعے ان بچوں کو ایک دوسرے سے علاحدہ کیا جاتا تھا اور دریافت کیا کہ پرانے طریقوں (مثلاً انگلیوں کے نشان اور تصویروں والے طریقے) میں ۳۰ فی صد تک غلطیاں پائی گئی ہیں۔ نفسیاتی ابنارمل کردار کے ان تمام مطالعوں نے جو جڑواں بچوں پر کیے گئے ہیں انھیں پرانے طریقوں کا استعمال کیا ہے اور کچھ نے تو محض سنی سنائی باتوں کو بطور ثبوت استعمال کر لیا ہے۔ (۲) جیسا کہ ہم نے تیسرے باب میں کہا ہے۔ نفسیاتی امراض کی تشخیص کی معتبری بھی محدود ہی ہے۔ (۳) محقق کے اپنے نظریات بھی اس کے مشاہدے کو متاثر کرتے ہیں۔ مثلاً اگر بچوں کے کسی جوڑے میں زیر مطالعہ وصف نظر آجاتا ہے تو بہت ممکن ہے کہ وراثت کا حامی شخص اس کا سبب وراثت ہی کو قرار دے۔ اسی طرح ماحول میں یقین رکھنے والا شخص اپنے نظریات سے تشخیص کو غلط طور پر متاثر کر سکتا ہے۔ (۴) توافق کی شرح کے تعین میں شماریاتی مسئلے پیش آتے ہیں۔ (۵) ان دشواریوں کی وجہ سے پین روز ((Penrose, 1959) نے کہا ہے "جڑواں بچوں کا مطالعہ جس کو اب تک انسانی نسبیات کا سب سے آسان اور بہتر طریقہ سمجھا جاتا تھا، سب سے پُر فریب طریقہ تصور کیا جانا چاہیے۔"

تاہم ان مطالعوں سے حاصل ہونے والے نتائج (جن میں کچھ کو ہم مختصراً بیان کریں گے) خاصے معتبر اور پائدار بھی ثابت ہوئے ہیں۔ طریق کار کی دشواریوں کی وجہ سے محققین کو چوکنا ضرور رہنا چاہیے۔ لیکن جڑواں بچوں سے حاصل ہونے والے تمام مواد کو رد نہیں کرنا ہے۔

حسّی اور ادراکی عمل میں وراثت کا رول

نقائص کی کچھ انتہائی صورتیں مثلاً کور بینی اور بہرہ پن جن کے نفسیاتی نتائج بھی بہت

اہم ہوتے ہیں موروثی ہوتی ہیں۔ یہ وراثت مینڈل کے سادے اصول کے تحت حاصل ہوتی ہے۔ کچھ دوسرے حواس خمسہ کے چھوٹے بڑے نقص بھی جینیائی بنا پر پیدا ہوتے ہیں۔

حسی نقص کی ایک جانی پہچانی صورت سرخ اور ہرے رنگوں کی تمیز کی کور بینی ہے۔ یہ کئی طرح کی ہوتی ہے اور اس میں جینیوں کی کئی قسموں کا ہاتھ ہوتا ہے۔ شبینہ کور بینی (عرف عام میں رتوندھی) ایک ایسا بصری نقص ہے جس کی اہمیت زمانۂ جنگ کے بلیک آوٹ کے دوران بڑھ جاتی ہے۔ اس مرض میں آنکھ کی پتلی میں موجود سلائیاں اندھیرے سے مطابقت پیدا کرنے میں بہت سست کام ہوتی ہیں۔ یہ نقص تنہا بھی ہوسکتا ہے اور آنکھوں کے کئی موروثی امراض کے ساتھ بھی ہوسکتا ہے۔

اس بات کے ثبوت بھی موجود ہیں کہ سونگھنے چکھنے، لمس اور درد کی حس کے انفرادی فرق بھی جزوی طور پر جینیوں کے ذریعے متعین ہوتے ہیں۔ کئی سال پہلے دریافت ہوا کہ پی۔ ٹی۔ سی (Phenylthio carbamide) نام کا کیمیائی مادہ کچھ لوگوں کو قطعی بے ذائقہ محسوس ہوا اور کچھ لوگوں کو بے حد کڑوا۔ مزید تحقیق سے دریافت ہوا کہ یہ حیثیت ایک واحد مراجعی جین کی مرہون منت تھی۔

حس اور ادراک کے عمل میں وراثت کے ہاتھ کو مختصراً بیان کرتے ہوئے فلر اور تھامپسن نے کہا ہے: "ایسے افراد کے حسی اور ادراکی عملوں میں مشابہت پائی جاتی ہے جن میں آپس میں کوئی رشتہ موجود ہو۔ وراثت محض جسمانی نقائص (کور بینی بہرا پن) یا کیمیائی نقائص (ذائقوں کا اندھا پن) تک ہی محدود نہیں ہے لیکن زیادہ پیچیدہ ادراکی عملوں میں ذرا کم واضح صورت میں نمودار ہوتی ہے۔" کیوں کہ حس اور ادراک ذہانت اور جذبات کی بنیاد ہیں اس لیے ممکن ہے کہ ان میں بھی موروثی عناصر پائے جاتے ہوں۔

ذہانت، حرکی جوابی اعمال، مزاج اور دلچسپیاں

ذہانت میں وراثت اور ماحول کی اضافی اہمیت جاننے کے لیے سب سے زیادہ موزوں و مناسب مطالعے تقریباً ایک نسل پہلے "متبنّیٰ" بچوں پر کیے گئے تھے۔ یہ مطالعے برکس اور لیہی (Burks and Leahy, 1928) نے کیے تھے۔ ان مطالعوں کے لیے جس طریق کار کی ضرورت پڑتی ہے وہ اس کے مطالبات پر پورے اترتے تھے۔ ان سے معلوم

ہوا کہ بچوں اور ان کے حقیقی ماں باپ کی ذہانت کے درمیان پایا جانے والا اشماریاتی ربط ان بچوں اور ان کے منہ بولے ماں باپ کی ذہانت کے درمیان پائے جانے والے ربط سے کہیں زیادہ تھا۔ گویا یہ ثابت ہوا کہ لوگوں اور ان کی اولاد کی ذہانت کے درمیان پائی جانے والی مشابہت کا تعین وراثت کے ذریعے ہی ہوتا ہے۔ اس نتیجے کی تحقیق جڑواں بچوں پر کیے جانے والے کئی مطالعوں سے بھی ہوتی ہے۔ جڑواں بچوں پر پانچ مطالعوں سے ظاہر ہوا ہے کہ ذہانت پر اثر انداز ہونے والے وراثتی عناصر ۵۷ سے ۷۷ فی صد تک کارفرما ہوتے ہیں۔

۱۹۳۷ء میں نیومین، فری مین اور ہولزنگر نے ایک تحقیقی مطالعہ کیا۔ اس میں قد، وزن اور ذہانت کے اعتبار سے یک بیضی جڑواں بچوں کے ۱۹ جوڑوں کا موازنہ کیا گیا۔ ان بچوں کی پرورش ایک ساتھ نہیں ہوئی تھی بلکہ یہ الگ الگ گھروں میں پروان چڑھے تھے۔ اس سے بھی زیادہ تعداد میں ان یک بیضی جڑواں بچوں کا موازنہ کیا گیا جن کی پرورش ایک ہی گھر میں ہوئی تھی۔ اس کے علاوہ دو بیضی جڑواں بچوں کے بھی خاصے بڑے نمونے کا موازنہ مذکورہ اوصاف کے تحت کیا گیا۔ ماحول کے اثرات کا اندازہ لگانے کے لیے ایک بیضی جڑواں بچوں کی دونوں جماعتوں (یعنی جن کی پرورش ساتھ ہوئی تھی اور جن کی پرورش علاحدہ ہوئی تھی) کا آپس میں موازنہ کیا گیا۔ اس طویل مطالعے سے ظاہر ہوا کہ قد اور وزن کے تعین میں وراثت کا بہت بڑا دخل ہوتا ہے لیکن پیدائش شدہ قدر ذہانت کے لیے وراثت نسبتاً اتنی اہم نہیں ہے۔

ذہانت کی جانچ کے اسکور پوری عمومی آبادی پر نارمل خط تقسیم کے طرز پر تقسیم ہوتے ہیں۔ رشتے داروں کے مختلف درجوں کے درمیان پایا جانے والا اشماریاتی ربط اس مفروضے کی تصدیق کرتا ہے کہ ذہانت کا جینیائی جز متعدد جینی ہوتا ہے۔ سب سے زیادہ ربط حقیقی بہن بھائیوں میں پایا جاتا ہے (۵۱ر) اس کے بعد والدین اور بچوں کے درمیان پائے جانے والے ربط کا نمبر ہے پھر چچا، ماموں، پھوپھی، خالہ اور بھتیجے، بھانجے، بھتیجی، بھانجی کے درمیان شماریاتی ربط کا نمبر آتا ہے۔ اس کے بعد نانا/نانی، دادا/دادی، اور پوتے/پوتی، نواسے/نواسی کی باری ہے۔ سب سے کم ربط چچا زاد، ماموں زاد، خالہ زاد، اور پھوپھی زاد بہن بھائیوں کے درمیان ملتا ہے (اشاریہ انتیس ۲۹)۔ جسمانی ہیئت کے لیے ربط کی متوقع ترتیب میں کوئی فرق نہیں ہے۔ جسمانی ہیئت اور ذہانت کے لیے ایک متعدد جینی میکانیے کی

موجودگی کے ثبوت خاصے مضبوط ہیں۔

یک بیضی دو بیضی جڑواں بچوں کا موازنہ صرف ذہانت کے تحت ہی نہیں کیا گیا بلکہ بہت سی نفسیاتی آزمائشوں کے تحت بھی کیا گیا ہے۔ خصوصی مشینی صلاحیت، حرکی مہارت اور مزاجی اوصاف کی آزمائشوں سے بھی ایک مضبوط موروثی عنصر کے ثبوت ملتے ہیں۔ یہاں بھی وراثت کا جو میکانیہ کام کرتا ہے وہ غالباً متعدد جینی ہے (یعنی یہ اوصاف کئی جینوں کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں) عصبی اختلال اور عصبی اختلال کے رجحانات کے سلسلے میں جو دریافتیں ہوئی ہیں ان میں ہم آہنگی نہیں پائی جاتی۔ مختلف پیشوں سے وابستہ دلچسپیوں اور رجحانات میں وراثت کی اہمیت بہت کم پائی گئی ہے۔ تاہم ان اوصاف کی جانچ کے لیے جو ٹسٹ استعمال ہوئے وہ بہت قابل وثوق نہیں ہیں اس لیے ان تمام تحقیقی مطالعوں کو بہتر ذرائع کے ساتھ دُہرانے کی ضرورت ہے۔

جانوروں پر کی جانے والی تحقیق سے جو معلومات حاصل ہوتی ہیں ان کا اطلاق انسانی ذہانت اور افتادِ طبع پر کیا جا سکتا ہے یا نہیں اس کے بارے میں وثوق کے ساتھ کچھ نہیں کہا جا سکتا۔ جانوروں میں آموزش، جذباتیت، مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت اور بہت سے اوصاف کی وراثت کی جانچ کے لیے بہت سے دلچسپ تحقیقی مطالعے کیے گئے ہیں۔ تھامپسن نے چوہوں کی نسل کشی کے لیے ہیب ولیمز بھول بھلیاں کا استعمال کیا۔ اس بھول بھلیاں کی تشکیل اس طرح ہوئی ہے کہ اس کو سیکھنے کے لیے جسمانی اور مزاجی اوصاف کی کم اور ذہنی خواص کی ضرورت زیادہ ہوتی ہے۔ کارکردگی کے اعتبار سے تیز فہم اور غبی چوہوں کو علاحدہ کر کے ان کی نسل کشی کی گئی تو چھ نسلوں بعد ان کو کامیاب طور پر علاحدہ کر لیا گیا۔ یہ علاحدگی اچانک نہیں بلکہ تدریجی تھی۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ اس میں متعدد جینی میکانیہ کارفرما ہے۔

بہت سے دوسرے تحقیقی مطالعوں سے پتہ چلتا ہے کہ تجربے میں کم یا زیادہ درجۂ حرارت کی ترجیح، ارادی فعالیت کی مقدار، رفتار یا ردِ عمل، جنگلی یا پالتو مزاج، جارحیت، جذباتیت اور مخصوص قسم کے تشنجی حدوں کے اعتبار سے جانوروں کی منتخب نسل کشی کی جا سکتی ہے۔ زیادہ تر صورتوں میں وہ کرداری خصوصیات جو وراثت کے ذریعے منتقل ہو سکتی ہیں۔ متعدد جینی میکانیے کے ذریعے ہی منتقل ہوتی ہیں۔ عمومی طور پر ان مطالعوں سے ثابت ہوتا

ہوتا ہے کہ جانوروں میں کردار کی جینیائی بنیاد ایک حقیقت ہے اور اُسے کردار کے بہت سے تغیرات کے لیے بھی ذمہ دار قرار دیا جا سکتا ہے۔

انسانوں میں نارمل کردار سے انحراف

انسانوں میں مرکزی اعصابی نظام کے انحطاط کی بہت سی صورتیں موروثی ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر ایک مرض جس میں چلنے اور کھڑے ہونے کی حرکات میں تنسیق و توازن نہیں رہ جاتا ہے، کچھ ایسے امراض جن میں عضلات کا فالج شامل ہے اور حاشیائی اعصاب کا انحطاط وغیرہ بذریعہ وراثت پیدا ہوتے ہیں۔ یہ امراض واحد جینیوں کی مختلف اقسام مثلاً غالب، مراجعی، جینی وغیرہ جینی وغیرہ کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں۔ ان امراض کا ظہور ذہنی یا تاثراتی کی بجائے حسی اور حرکی افعال کے اختلال کی صورت میں ہوتا ہے۔ اس لیے ان کا تعلق ماہرین اعصاب سے زیادہ ہے اور دماغی امراض کے معالجوں اور ماہرین نفسیات سے کم۔

مرگی جزوی طور پر موروثی ہوتی ہے۔ اس کی دو اقسام ہوتی ہیں ایک تو دماغ کی ساخت سے وابستہ امراض کے سبب ہوتی ہے اور دوسری کے لیے کوئی ایسی دماغی بنیاد نہیں ہوتی ہے جس کو شناخت کیا جا سکے۔ پہلی قسم میں وراثت کے ذریعے منتقل ہونے والے عنصر زیادہ پائے جاتے ہیں۔ دوسری قسم میں یہ عنصر نسبتاً کم ہوتا ہے۔ ان دونوں اقسام کو جڑواں بچوں کے مطالعوں کے ذریعے ایک دوسرے سے ممیز کیا گیا ہے۔

جینیائی مطالعوں کے ذریعے فتورِ ذہنی کی بھی دو اقسام سامنے آئی ہیں۔ پہلی قسم میں قدر ذہانت (I.Q.) پچاس سے ستر تک ہوتی ہے۔ یہ بغیر کسی ایسی دماغی بیماری کے رونما ہوتی ہے جس کا مشاہدہ کیا جا سکے۔ اس طرح کے فتورِ ذہنی کو منتقل کرنے والے جینیائی عوامل متعدد جینی ہوتے ہیں۔ شدید قسم کی ابنارمل کیفیت جو پچاس یا اس سے کم قدر ذہانت کی وجہ سے پیدا ہو، دماغ کی مختلف اقسام کی عضویاتی خراشوں کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے یہ عام طور پر ماحولی ہوتی ہے لیکن کبھی کبھی مینڈل کے عام قانون کے مطابق موروثی طور پر منتقل ہوتی ہے۔ حالیہ سالوں میں خلیوں کے نیوکلیئس کے خوردبینی مشاہدے سے ایک اور جینیائی نقص کا پتہ چلا ہے اور وہ ہے کروموسوموں کی ابنارمل تعداد۔ یہ فتورِ ذہنی کی ایک شدید صورت کا سبب بنتی ہے۔

بالغوں میں بھی دماغ کی بہت سی عضویاتی علامات (جو کردار کو متاثر کرتی ہیں) کے متعلق یقین کیا جاتا ہے کہ ان میں ایک ایسا مضبوط عنصر پایا جاتا ہے جو وراثت کے ذریعے منتقل ہوسکے۔ ان میں سے ایک مرض ہنٹنگٹن کوریا تو اپنی نوعیت کا واحد مرض ہے اس لیے کہ اس میں ایک ایسے موروثی میکانیے کا پتہ لگ چکا ہے جو تمام شکوک و شبہات سے بالاتر ہے اور ایک واحد غالب جین پر مشتمل ہے۔ اس جین کے اظہار کی تکریر بہت زیادہ ہے۔ اس کی کارفرمائی ہنٹنگٹن کوریا میں عضلات کی غیرارادی حرکات، الفاظ کی ادائیگی کے نقص، ذہنی نقص اور جذباتی اختلال کی صورت میں پائی جاتی ہے۔ وراثت کا یہی میکانیہ جنون کی ایک قسم میں جو کہلاتی ہے کبھی دریافت ہوا ہے۔ اس میں قشرِ دماغ ناکارہ ہوجاتا ہے۔ اس کے علاوہ عمر بڑھنے پر جو اختلال ہوتا ہے اس کی وجہ سے پیدا ہونے والے جنون میں بھی اس میکانیے کا کچھ ہاتھ ہوتا ہے۔ تاہم ان کیفیتوں کے لیے وراثت کے ثبوت بہت زیادہ نہیں ہیں۔ ہاں ہنٹنگٹن کوریا کے لیے بہت مضبوط ثبوت موجود ہیں۔

نفسی جسمانی امراض کی بڑی تعداد میں موروثی عوامل کی اہمیت بڑی حد تک غیر متعین ہے۔ غدۂ درقیہ کے فعل میں غیرمعمولی تیزی آجانے اور پیپٹیک السر میں کچھ موروثی عناصر دریافت ہوئے ہیں۔ کم از کم کچھ خاندانوں میں تو اس کے ثبوت ضرور ملے ہیں۔ وہ افراد جن کے خون کا گروپ 'او' (O) ہوتا ہے ان کی قوتِ مدافعت پیپٹیک السر کے لیے چالیس صفیصد کم ہوتی ہے (دوسرے خون کے گروپوں کے مقابلے میں) اس سے جینیاتی عوامل کی اہمیت ظاہر ہوتی ہے اس لیے کہ خون کا گروپ بذریعہ وراثت حاصل ہوتا ہے۔ نفسی جسمانی بیماریوں میں بیش تناؤ کے دوران شریانوں میں خون کا دباؤ بہت بڑھ جاتا ہے خود شریانی دباؤ میں موروثی اثرات کی موجودگی کا یقین کیا جاتا ہے۔

تفاعلی امراض کے امکان میں اضافے کے لیے موروثی اثرات کی اہمیت پر اختلافِ رائے پایا جاتا ہے۔ ان کے لیے نہ تو وراثت اور ماحول کی صحیح اہمیت کا پتہ چل سکا ہے اور نہ ہی وراثت کے میکانیے کا تعین ہوسکا ہے۔ تاہم اس بات کے پختہ ثبوت ملے ہیں کہ ان میں وراثت کا کچھ نہ کچھ ہاتھ ضرور ہے۔ نفسیاتی امراض پر سب سے وسیع تحقیقی مطالعے (جن میں جڑواں بچوں کا استعمال کیا گیا ہے) انتشارِ نفس پر ہوئے ہیں۔ ان مطالعوں سے [illegible] میں خاصی موافقت پائی جاتی ہے۔ بذریعہ وراثت منتقل ہونے والے اثرات کا [illegible]

لگایا گیا ہے اس میں ۶۳ سے ۴۸ فی صد تک اتفاق پایا جاتا ہے۔ یوں تو یہ اعداد و شمار خاصے متاثر کن ہیں لیکن جیسا کہ ہم پہلے بھی کہہ چکے ہیں۔ جڑواں بچوں میں تحقیق کے طریق کار میں بہت سی خامیاں اور مشکلات موجود ہیں۔ ان کی وجہ سے انتشار نفس میں وراثت کی اہمیت پوری طرح متعین نہیں کی جاسکتی ہے۔ اس لیے صرف یہی کہا جاسکتا ہے کہ اس میں وراثت کا کچھ حد تک دخل ضرور ہے لیکن کتنا؟ یہ نہیں کہا جاسکتا۔ ان امراض کے منتقل ہونے کے میکانیے کا تعین بھی نہیں کیا جاسکا ہے۔

اس نکتے کو ذہن میں رکھنا ضروری ہے کہ وراثت کی حیثیت محض ایک میلان کی ہے۔ انتشار نفس کی زیادہ تر بلکہ تقریباً تمام صورتوں میں اس میلان کے ساتھ ذہن پر اثر انداز ہونے والے واقعات کی موجودگی ضروری ہے۔ موروثی میلان کی موجودگی اس مرض کی ضروری وجہ ہوسکتی ہے لیکن یہ بذات خود مرض پیدا کرنے کے لیے کافی نہیں ہے۔ بہت کم افراد انتشار نفس کا شکار ہوتے ہیں جب کہ اس مرض کے جینیائی امکانات لوگوں کی خاصی بڑی تعداد میں موجود ہوتے ہیں۔

دوسرے تفاعلی عارضوں مثلاً جنونِ جوش و اضمحلال اور عصبی اختلال وغیرہ کے لیے بھی خاندانوں اور جڑواں بچوں پر تحقیقی مطالعے کیے گئے ہیں مگر ان کے لیے منتخب کیے جانے والے نمونوں کے افراد بہت کم اور نامناسب رہے ہیں۔ جنونِ جوش و اضمحلال کے لیے پائے جانے والے موروثی عنصر کی اثر اندازی کا حیطہ ۰٫۳۹ سے ۱٫۰۰ تک پایا گیا ہے ظاہر ہے کہ یہ فرق بہت زیادہ ہے اور اس کی وجہ سے کوئی واضح نتیجہ نہیں اخذ کیا جاسکتا۔ نتائج اس بات کی طرف اشارہ ضرور کرتے ہیں کہ انتشار نفس کی طرح جنونِ جوش و اضمحلال میں بھی طے شدہ طور پر ایک جینیائی عامل پایا جاتا ہے لیکن اس کی اہمیت کا واضح اندازہ نہیں لگایا جاسکا ہے۔ عصبی اختلال کے موروثی تعین کا بھی کوئی ثبوت نہیں مل سکا ہے۔

علم جین کے ماہرین کا کہنا ہے کہ کسی بھی تفاعلی عارضے کے واحد غالب جین یا مراجعتی جینوں کے واحد جوڑے کے سبب پیدا ہونے کا قطعی کوئی امکان نہیں ہے۔ اگر ان میں کوئی موروثی میلان موجود بھی ہے تو وہ کثیر جینی ہوگا۔

جانوروں پر ہونے والے عمومی جینی مطالعوں اور انسانوں میں حس ادراک، ذہانت،

حر کی، جوابی اعمال اور افتادِ طبع پر ہونے والے مطالعوں سے جو کچھ معلوم ہوتا ہے اس کے متعلق ہم مختصراً یہ کہہ سکتے ہیں کہ انسانی کردار کے نارمل سے مختلف ہونے میں جینیائی عوامل کی کارفرمائی کی توقع عین قرینِ قیاس ہے۔ کئی عضویاتی مجموعۂ علامات، فِقرِ ذہنی، کچھ نفسی جسمانی عوارض اور جنونِ جوش و اضمحلال کے لیے اس توقع کی تصدیق ہو چکی ہے۔ تاہم ابھی ہم ہر عارضے کے لیے وراثت کی صحیح اہمیت اور بالکل صحیح جینیائی میکانیہ کا تعین نہیں کر سکے ہیں۔ ایک استثنائی صورت یعنی ہنٹنگٹن کوریا کو چھوڑ کر باقی تمام امراض کے لیے ان کا تعین کرنا باقی ہے۔

پانچواں باب

تعلیل

دوسرے حیاتیاتی اسباب

کردار بہت سے ایسے اسباب سے بھی متاثر ہوتا ہے جو حیاتیاتی ہوتے ہیں لیکن موروثی نہیں ہوتے۔ان اسباب کی دو قسمیں ہوتی ہیں۔ فوری اور میلانی۔ موخر الذکر کو پھر دو قسموں میں بانٹ دیا گیا ہے، جسمانی ساخت اور عضوی افعال۔

حیاتیاتی فوری اسباب کی بھی دو قسمیں ہیں۔ایک تو مضر رساں عوامل اور دوسرے محرومی۔ مضر رساں عوامل وہ مادّے ہیں جو جانداروں پر مضر اثرات ڈالتے اور بیماریاں پیدا کرتے ہیں۔ مثال کے طور پر، بیماریاں پھیلانے والے جراثیم اور دوسرے خوردبینی اجسام، کیمیائی زہر پھیلانے والے مادّے اور جسمانی ضرب وغیرہ۔ محرومی سے مراد ہے ضروری حیاتیاتی اجزا یا مادّوں مثلاً آکسیجن، وٹامن یا تھائرائڈ ہارمون وغیرہ کی عدم موجودگی۔ مضرِ صحت عوامل جانداروں پر حملہ کر کے جو دباؤ پیدا کرتے ہیں اس سے مطابقت پیدا کرنا ان کی صلاحیت سے بعید ہوتا ہے۔ محرومی کا نتیجہ ضرورت سے کم اجزا کی فراہمی میں ظاہر ہوتا ہے۔ یہ دونوں اسباب یعنی مضرِ صحت عوامل اور محرومی کسی ایسے تفاعلی عارضے کا فوری سبب بن سکتے ہیں جس کے لیے متعلقہ شخص میں فطری میلان موجود ہے۔ اس کے علاوہ یہ دماغ کو بھی مکمل یا جزوی طور پر متاثر کر کے کرداری اختلال پیدا کر سکتے ہیں۔

دماغ کو پہنچنے والے نقصانات کی سب ہی صورتوں میں محرومی یا مضرِ صحت عوامل کا ہاتھ نہیں ہوتا۔ کچھ صورتوں میں ان دونوں کی عدم موجودگی میں بھی دماغ کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ اس صورت میں مرض کی بنا موروثی ہوتی ہے اور غالباً یہ استحالے کا نقص ہوتا ہے، جو کچھ امراض میں موروثی طور پر منتقل ہو جاتا ہے راستحالے کے نقص کچھ غیر موروثی اسباب

مثلاً ناقص غذا، بیماری اور جذباتی دباؤ کے سبب بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔)

بایو کیمیائی یا جسمانی ساخت سے تعلق رکھنے والی تبدیلیوں کی ابتدا کے وقت متعلقہ فرد کی عمر کی بہت بڑی اہمیت ہوتی ہے اس لیے کہ مرضیاتی عمل کے آشکارا ہونے کی صورتوں اور ان کے نتائج کا تعین اسی سے کیا جا سکتا ہے۔ بلوغت کو پہنچنے کے بعد اگر دماغ کو نقصان پہنچے تو ایک شدید اور ناقابلِ علاج مرض پیدا ہو سکتا ہے جس میں ذہنی قوتوں کا مکمل انحطاط اور جنونی کردار شامل ہوتے ہیں لیکن اگر زمانۂ حمل میں جنین کے دماغ کو نقصان پہنچے تو اس سے زندگی بھر قائم رہنے والا ذہنی فتور پیدا ہو جائے گا جس میں اکثر جسمانی بدہیئتی بھی شامل ہوتی ہے۔ پیدائش سے پہلے شروع ہو جانے والا مرضیاتی عمل اگر استقرارِ حمل کے فوراً بعد شروع ہو جائے تو اس کے نقصان دہ اثرات زیادہ شدید ہوتے ہیں۔ اگر یہ عمل ولادت کا وقت قریب آنے پر شروع ہو تو اثرات نسبتاً کم شدید ہوتے ہیں۔ عام طور پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ فرد کی عمر جتنی کم ہو گی اس کو اسی قدر زیادہ نقصان پہنچے گا۔ کردار پر فوری اور میلانی اسباب کے اثرات کی جانچ کے لیے کئی طریقے اختیار کیے گئے ہیں۔ ان میں سے دو طریقے شماریاتی ربط کا استعمال کرتے ہیں۔

پہلے طریقے کے مطابق کردار کے ساتھ ان حیاتیاتی عوامل کا تعلق معلوم کرنے کی کوشش کی جاتی ہے جو متعلقہ کردار کے ساتھ ساتھ موجود ہوتے ہیں۔ دوسرا طریقہ بہت پہلے یعنی ماضی میں ہونے والے حیاتیاتی واقعات اور موجودہ کردار کے درمیان ربط تلاش کرنے کی کوشش پر منحصر ہے (سابقہ حیاتیاتی واقعات میں غدود میں آنے والی تبدیلیاں یا بچپن کے امراض وغیرہ شامل ہیں)۔ ایک تیسرے طریقے پر عمل کرنے والے محققین نے نارمل افراد کے کردار پر نشہ آور دواؤں، آکسیجن، وٹامن اور نیند سے محرومی کے اثرات کا مطالعہ کرنے کی کوشش کی ہے۔ چوتھے طریقے میں کچھ حیاتیاتی حالات کے تحت جانوروں کے کردار کا مشاہدہ بھی کیا گیا ہے اور پانچویں میں مریضوں کے علاج کے لیے دواؤں اور دوسرے حیاتیاتی عوامل کے اثرات کی چھان بین کی گئی ہے۔ حالانکہ ان میں سے کوئی بھی طریقہ ان دشواریوں اور غلطیوں سے پاک نہیں ہے جن کا ذکر ہم نے پچھلے باب میں کیا ہے، پھر بھی مختلف تجربوں سے حاصل ہونے والی معلومات میں خاصی موافقت پائی گئی ہے۔ ان تجربوں سے کرداری اختلال میں حیاتیاتی اسباب کی اہمیت کے ٹھوس

ثبوت ملتے ہیں۔

ان میں سے آخری تین طریقوں کے تحت فرد کو اپنی قوتِ برداشت سے زیادہ کا سامنا کرنا پڑ سکتا ہے۔ نفسیاتی یا حیاتیاتی دباؤ کی تعریف ہم اس طرح کر سکتے ہیں کہ یہ ہیجان کی وہ خارجی یا داخلی صورت ہے جو مضرِ صحت بھی ہو سکتی ہے اور محرومی پیدا کرنے والی بھی۔ اس کا مقابلہ کرنا بہت ہی مشکل کام ہے۔ دباؤ کے اندر جذباتی صدمہ یا ٹرومہ، جذباتی محرومی اور حیاتیاتی کیفیات، سب ہی آجاتے ہیں۔ دباؤ سے پیدا ہونے والا ردِّ عمل فطری افعال و وظائف کے توازن اور نظم کا وہ بگاڑ ہے جو دباؤ ڈالنے والے حالات کی موجودگی سے پیدا ہوتا ہے۔ زندگی کے لیے بدلتے ہوئے حالات سے مطابقت پیدا کرنی ضروری ہے لیکن دباؤ کے زیرِ اثر مطابقت سخت مشکل یا ناممکن ہو جاتی ہے۔

فوری اسباب

مضرِ صحت عامل

ضرر رساں خارجی عوامل شدید اور کہنہ دماغی امراض اور ذہنی نقص کی بہت سی قسموں کے ضروری اسباب ہوتے ہیں۔ تفاعلی اور عضویاتی ان دونوں قسموں کی بیماریوں کا فوری ظہور عموماً مضرِ صحت عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک فرد میں انتشارِ نفس، اضمحلال یا عصبی اختلال کا جینیائی یا نفسیاتی میلان موجود ہو لیکن مرض کی حقیقی علامات اسی وقت پیدا ہوں گی جب اس پر مضرِ صحت عوامل کا حملہ ہو گا۔

مضرِ صحت عوامل کی ان تین قسموں یعنی بیماری پیدا کرنے والے خورد بینی اجسام، زہریلے کیمیائی عناصر اور جسم پر لگنے والی ضرب کے تحت لاتعداد خصوصی انفرادی عامل موجود ہوتے ہیں۔ عام جسمانی سرایت پیدا کرنے والے خورد بینی اجسام بھی دماغ کو شدید طور پر متاثر کر سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر نمونیا اور ملیریا، اس کے علاوہ وہ امراض بھی ہیں جو کھوپڑی تک محدود رہتے ہیں مثال کے طور پر مینِنجائٹس جس سے دماغ اور حرام مغز کی جھلیاں متاثر ہوتی ہیں۔ کیمیائی زہر جیسے رانگا، کاربن ٹیٹرا کلورائڈ، کاربن مونو آکسائڈ بھی دماغی امراض پیدا کر سکتے ہیں۔ عضوی اور تفاعلی دماغی امراض دماغ پر لگنے والی ضرب، جھٹکوں اور دوسری قسم کے جسمانی صدموں سے بھی پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ صدمے براہِ راست

بھی ہو سکتے ہیں اور دماغ میں خون کی فراہمی منقطع ہو جانے کے سبب بھی۔

دماغی خلل یا مجموعۂ علامات جو ان مضرِ صحت عوامل کے حملے کے بعد پیدا ہوتا ہے دماغی افعال میں ایسا معمولی سا انتشار بھی پیدا کر سکتا ہے جو وقتی اور قابلِ علاج ہو اور ایسے شدید قسم کے دماغی نقصان کی صورت بھی اختیار کر سکتا ہے جو ناقابلِ علاج اور مستقل نوعیت کا ہو۔ دونوں صورتوں میں بے سمتی باز یافت کا نقصان اور ذہنی مشکلات کی دوسری علامتیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ ان دماغی عوارض میں جو زہر آلود جنون کہلاتے ہیں اور نشہ آور ادویات کے استعمال سے پیدا ہوتے ہیں، بہت واضح بصری فریب ادراک رونما ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ بے سمتی اور باز یافت کے نقصان کی وہ علامتیں بھی پیدا ہوتی ہیں جو تمام دماغی عارضوں کا خاصہ ہیں۔

کچھ دواؤں کو کردار میں انتشار پیدا کرنے کے لیے تجربے کے طور پر استعمال کیا گیا۔ ان میں سے کئی دواؤں کے استعمال سے فرد کی تمام حسیں مسخ ہو جاتی ہیں، شعور دھندلا ہو جاتا ہے، دماغی قوتوں کو ضرر پہنچتا ہے۔ ذہن الجھنوں کا شکار ہو جاتا ہے اور جذبات پر کوئی قابو نہیں رہ جاتا۔ اس صورت میں کردار انتشار نفس کی شدید صورت سے مشابہ ہو جاتا ہے۔ ان دواؤں کے ذریعے ایک خاص کیفیت پیدا ہوتی ہے جو انتشار نفس کی ایک بڑی علامت سے بہت ملتی جلتی ہے۔ وہ کیفیت یہ ہے کہ متاثرہ شخص کو محسوس ہوتا ہے کہ اس کا شعور دو حصوں میں بٹ گیا ہے۔ تاہم ان دواؤں سے انتشار نفس میں پایا جانے والا عام سماعتی فریب ادراک نہیں پیدا ہوتا۔ البتہ یہ دوائیں عام بصری فریب پیدا کرتی ہیں۔ ابھی تک کوئی ایسی دوا دریافت نہیں ہوئی ہے جو انتشار نفس کی علامتوں کو من و عن دُہرا سکے۔

بہت سے محققین کا خیال تھا کہ انتشار نفس کے دوران ایڈرینل غدود کے افعال میں بھی خلل آ جاتا ہے۔ اوسمنڈ اور اسمتھر (۱۹۵۲) نے ان غدود کے ہارمونوں اور ان اخراجات کی تحقیق پر زور دیا ہے جو ان سے تعلق رکھتے ہوں اور جن کے ذریعے انتشارِ نفس کی علامتوں کو مصنوعی طور پر پیدا کیا جا سکتا ہے۔ اس طرح کے بہت سے مادّوں کی رپورٹ ملی جو عارضی طور پر جنون کی کیفیت پیدا کر سکتے ہیں لیکن اس بات کا ثبوت نہیں مل سکا ہے کہ ان میں سے کوئی بھی مادّہ فطری انتشار نفس کے دوران نارمل سے زیادہ مقدار

میں موجود ہوتا ہے۔ اس لیے انتشار نفس میں نشہ آور مادوں کی اہمیت کا پتہ نہیں چل سکا ہے۔ ہو سکتا ہے مستقبل میں ہونے والی تحقیق اس پر روشنی ڈال سکے۔

فریب ادراک پیدا کرنے والی ایک اور دوا ایل۔ ایس۔ ڈی کے اثرات تو بڑے ہی رنگا رنگ ہوتے ہیں۔ کناڈا کے ایک صحافی نے یہ دوا استعمال کی اور بتایا کہ اس کے اثر سے تقریباً ۱۲ گھنٹے وہ بالکل پاگلوں والی کیفیت میں رہا۔ ہر قسم کے واہمے، فریب، رنگ اور صورتیں اس کی نظروں کے سامنے ناچتی رہیں۔ دوستوں کے چہرے بھیانک جانوروں اور کھوپڑیوں میں تبدیل ہو گئے۔ فرش کا قالین مہیب قسم کی زندہ شکلوں میں بدل گیا۔ وقت کے کوئی معنی نہیں رہے۔ گھنٹے لمحوں میں تبدیل ہو کر اڑ گئے اور لمحے پھیل کر گھنٹوں میں تبدیل ہو گئے لیکن پاگل پن کا یہ پورا وقفہ ہیبت اور ہیجان سے ہی پُر نہیں تھا اس میں کچھ ایسے لمحات بھی شامل تھے جو انتہائی دلاویز تھے۔ ان لمحوں کا حسن کسی فنکار کی گرفت میں بھی نہیں آسکتا۔ گلابی بادل، جواہرات جڑا آسمان، سنہرے تیر، چاندی اور موتیوں کی جھالریں ان لمحوں کی خصوصیت تھیں۔

ادراک کے اس اختلال کے علاوہ اس شخص کے موڈ میں بھی زبردست تبدیلیاں آتی رہیں جو تھکن اور اضمحلال سے لے کر جوش اور مسرت اور غصے اور رشک سے لے کر خوف اور وسوسوں تک پھیلی ہوئی تھیں۔ اس کی یادداشت کے دائرے میں بہت کم چیزیں رہ گئی تھیں اور دماغ کی کارکردگی کو شدید نقصان پہنچا تھا وہ کسی سوال کا صحیح جواب نہیں دے سکتا تھا۔ نہ ہی کسی چیز پر توجہ مرکوز کر سکتا تھا۔ چند ٹھوس اشیا کو تو وہ تصور کر سکتا تھا مثلاً ہیٹ، سائیکل چاقو وغیرہ لیکن غیر مادی اوصاف مثلاً برا یا دلیر کے معنی اس کی فہم سے باہر تھے۔

دوا کے اثرات تقریباً ۱۲ گھنٹوں میں زائل ہوئے۔ اس کے بعد وہ گہری نیند سویا۔ اُٹھنے پر یہ جان کر اُسے بڑی راحت کا احساس ہوا کہ ہر چیز نارمل ہو گئی تھی اور وہ تکلیف دہ وقفہ ختم ہو گیا تھا۔

ایل۔ ایس۔ ڈی کو علاج کے لیے بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ یہ احتباس کو ختم کر دیتی ہے اور تحلیل نفسی کے ذریعے کیے جانے والے علاج کے دوران آزاد ایتلاف میں مدد دیتی ہے۔

حیاتیاتی محرومی

پے لیگرا نام کی بیماری کو اٹھارویں صدی سے ہی ناقص غذا کا نتیجہ سمجھا جاتا رہا ہے۔ اب اس کا سبب کچھ وٹامنوں کی کمی سمجھا جاتا ہے۔ جانوروں پر کیے جانے والے کچھ تجربوں سے معلوم ہوا ہے کہ اگر جنین کی ابتدائی نشوونما کے دوران کچھ وٹامنوں کی کمی رہ جائے تو دماغ کے عضویاتی امراض رونما ہو سکتے ہیں جن کی وجہ سے دماغی افعال کا مکمل نقصان یا تفاعلی جنون اور عصبی اختلال پیدا ہو گئے ہیں۔

مناسب حیاتیاتی اور دماغی کارکردگی کے لیے گلوکوز بہت ضروری ہے۔ جسم اس کو نشاستے سے حاصل کرتا ہے۔ دماغی خلیے اپنی ۹۰ فی صد قوت گلوکوز سے ہی حاصل کرتے ہیں۔ انسولین نام کے ہارمون کا انجکشن دے کر گلوکوز کی پیداوار کو کم یا ختم کیا جا سکتا ہے۔ گلوکوز میں کمی آجانے یا اس کی فراہمی کے بند ہو جانے سے شعور کا دھندلا پن اور دماغی افعال میں نقص جیسی علامات پیدا ہوتی ہیں۔ خفتہ ابنارمل کیفیت پیدا ہو جاتی ہے اور پہلے سے موجود ابنارمل علامات کو مزید تقویت ملتی ہے۔

جسم کے اندر ایڈرینل، تھائرائڈ اور پیٹوٹری جیسے غدد کچھ ہارمونوں کا اخراج کرتے ہیں۔ کئی اسباب کی بنا پر ان غددوں کے فعل میں نقص آسکتا ہے۔ ان کے اخراج کی کمی بیشی سے کئی قسم کے ابنارمل کردار پیدا ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر تھائرائڈ کی فعالیت میں کمی آئے تو بچوں میں Cretinism اور بڑوں میں (Myxoedema) جیسے امراض پیدا ہوتے ہیں۔ ان کی علامتوں میں بے حسی، کاہلی، سستی اور دماغی کمزوری شامل ہیں۔

تجربے کے طور پر فاقہ کشی کے ذریعے عصبی اختلال پیدا کیا جا چکا ہے۔ کیز (۱۹۵۲) نے ۳۶ افراد ایک تجربہ کیا جس کے تحت ان لوگوں کو چھ ماہ تک تو مناسب غذا دی گئی لیکن پھر چھ ماہ تک اتنی کم غذا دی گئی جو نیم فاقہ کشی کے مترادف تھی۔ نتائج سے ظاہر ہوا کہ اس دوسرے دور میں ان پر اضمحلال، تلون المزاجی، چڑچڑاپن، شکوک و شبہات کی کیفیت طاری ہو گئی تھی اور آواز کے احساس میں نمایاں اضافہ ہو گیا تھا۔ پسندیدہ اور قابل قدر اوصاف اور تاثرات میں کمی آ گئی تھی۔

آکسیجن کی کمی

نسیجوں میں آکسیجن کی کمی کردار میں ڈرامائی اور اہم تبدیلیاں پیدا کرتی ہے۔ بالغ جانوروں کے اندر آکسیجن کی کمی کرکے دماغ اور جسم کی ساخت میں تبدیلیاں لائی جاسکتی ہیں عصباتی خلیوں پر آکسیجن کی کمی کا گہرا اثر پڑتا ہے۔ آکسیجن کی فراہمی میں معمولی کمی اگر کافی عرصے تک رہ جائے تو دماغ کو مستقل نوعیت کا نقصان پہنچ سکتا ہے۔ پیدائش کے وقت آکسیجن میں شدید کمی ہونے سے موت تک واقع ہوسکتی ہے، عصباتی علامتیں پیدا ہوسکتی ہیں یا زندگی بھر کے لیے دماغی نقص رہ جاسکتا ہے۔ جانوروں پر کیے جانے والے تجربوں سے اس کی تصدیق ہوچکی ہے۔

آکسیجن کی کمی پر کیے جانے والے تجربوں سے جو نفسیاتی دشواریاں ظاہر ہوئیں وہ زیادہ تر اس نوعیت کی تھیں:۔ دفاعی کام کرنے میں دشواری، دوسروں کے تئیں ناقدانہ رویہ، دفاعی سستی، چڑچڑے پن میں اضافہ، بہت سے معاملات میں حساس ہو جانے کا رجحان، دوسرے اگر صلاح دیں تو ناپسندیدگی کا اظہار یا چڑچڑاہٹ کا مظاہرہ، کسی چیز پر دھیان دینے میں مشکل، حافظے کی کمزوری اور بار بار ابھرنے والے پریشان کن و ناپسندیدہ تصورات، واضح ہو کہ یہ فہرست انرجی کی سطح، احساس، ادراک، حافظہ، جذبات سیلان طبیعت اور رویے ان سب کے اختلال پر مشتمل ہے۔

بے خوابی

نیند سے محرومی پر بھی کئی تجربات کیے گئے۔ پیٹرک اور گلبرٹ (۱۸۹۶) نے کچھ طلبا کو ۹۰ گھنٹے جگائے رکھا۔ انھوں نے شدتِ احساس، جوابی عمل وقفہ اور قوت حافظہ میں کمی کی شکایت کی۔ کلیٹمین (۱۹۳۹) نے ۲۵ افراد کو ۶۰ گھنٹے سے زیادہ جگائے رکھا۔ انھوں نے درد کے احساس میں اضافہ، چڑچڑے پن، فریب ادراک وغیرہ کی شکایت کی۔ ٹائلر نے نیند سے محرومی پر کیے جانے والے کئی تجربوں کا خلاصہ پیش کیا جن میں لوگوں کو ۱۲ گھنٹے کی مدت تک نیند سے محروم رکھا گیا تھا۔ ان افراد کے کردار میں نفسی عصباتی انتشار نفسی اور پیرانوئیائی مریضوں کے کردار جیسی خصوصیات پیدا ہوگئیں۔

دباؤ ردِّ عمل

۱۹ ویں صدی کے عظیم ماہر تشریح اعضا کلاڈ برنارڈ نے یہ نظریہ قایم کیا کہ پے چیدہ نامیوں کے جاندار حصوں میں ایک داخلی سیال ماحول پایا جاتا ہے جو خون اور زلال وغیرہ پر مشتمل ہوتا ہے۔ جاندار کے زندہ رہنے کے لیے اس ماحول میں ثبات ہونا چاہیے تمام جسمانی میکانیوں کا مقصد اس اندرونی ماحول کو برقرار رکھنا ہے۔ ان تصورات کو کینن (۱۹۳۱) نے مزید وسعت بخشی۔ اس نے دباؤ ڈالنے والے حالات کے تحت اس داخلی ماحول کو فطری صورت میں قائم رکھنے کے عمل کو (Homeostosis) کا نام دیا ہے جسے ہم باز توازن کہتے ہیں باز توازن کے عمل کو ایک مثال کے ذریعے واضح کیا جا سکتا ہے۔ اگر دباؤ کی کسی صورتِ حال کے تحت جسم کے مجموعہ سیال کی مقدار میں کمی آجائے تو باز توازن میکانیہ فوراً حرکت میں آجاتا ہے جس سے سیال میں نمک کی معیاری مقدار برقرار رکھنے میں مدد ملتی ہے۔ حال ہی میں سیلائی (۱۹۵۲) اور اس کے ساتھیوں نے دباؤ اور دباؤ کی وجہ سے جاندار میں پیدا ہونے والے ردِّ عمل کے لیے ایک مفصّل اور انتہائی کارآمد نظریہ پیش کیا ہے۔ سیلائی کے نظریے میں یہ بھی بتایا گیا ہے کہ باز توازن کے عمل میں خامی کیوں کر پیدا ہوتی ہے۔ یعنی دباؤ کی شدید کیفیات کے تحت دباؤ ردِّ عمل کس طرح پیدا ہوتا ہے۔

سیلائی کے نظریے کی بنیاد اس کے مختلف مشاہدوں پر رکھی گئی ہے جو اس نے مختلف حالات کے تحت جانوروں میں پیدا ہونے والے ردِّ عمل پر کیے ہیں۔ ان مشاہدوں میں کئی قسم کے جانوروں کو استعمال کیا گیا تھا۔ ردِّ عمل پیدا کرنے والے حالات، چھوت، نشے، جسمانی چوٹ، گرمی، ٹھنڈک، عضلاتی تھکن، ایکسرے اور شدید جذباتی دباؤ پر مشتمل تھے۔ سیلائی کی اصطلاح میں ان میں (Stresses) یعنی دباؤ پیدا کرنے والے عناصر کا نام دیا گیا ہے۔ یہ عناصر کئی طرح کے اثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ مثلاً چھوت کی وجہ سے بخار، شدید ٹھنڈ کی وجہ سے کپکپی، خطرے کی وجہ سے خوف، وغیرہ وغیرہ۔ لیکن ان سب کا عمومی نتیجہ ایک ہی ہوتا ہے یعنی دباؤ ردِّ عمل جس کو سیلی نے عمومی مطابقت پیدا کرنے والی علامات کا مجموعہ کہا ہے۔ اس میں تین مرحلے پائے جاتے ہیں۔ پہلے مرحلے میں تین عضویاتی یا جسمانی تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں (۱) ایڈرینل غدود کا اوپری حصہ حجم میں بڑھ جاتا ہے۔

اس کے فعل میں تیز رفتاری پیدا ہو جاتی ہے جس کی وجہ سے اس کے ہارمونوں کا اخراج نارمل حالات کے مقابلے میں کہیں زیادہ ہو جاتا ہے تاکہ جسم کو دباؤ سے نبرد آزما ہونے میں مدد مل سکے۔ (۲) تھائمس (Thymus) اور لعاب پیدا کرنے والے غدود حجم میں سکڑ جاتے ہیں اور ان کی فعالیت کم ہو جاتی ہے۔ اس کی وجہ سے خون میں سفید خلیوں کی تعداد میں کمی آجاتی ہے اور چھوت کے خلاف جسم کی قوتِ مدافعت کم ہو جاتی ہے۔ (۳) جسمانی صدمے کی علامتیں مثلاً خورہ کے دباؤ میں کمی اور معدہ و آنتوں کے زخم پیدا ہو جاتے ہیں۔ دباؤ ردِ عمل کا یہ اثر بے حد نمایاں ہے کہ جب جسم کے دوسرے اعضائے حجم میں کمی آتی ہے اور ان کے افعال میں انحطاط پیدا ہوتا ہے، اس وقت ایڈرینل وہ واحد غدود ہے جس کے قشر کے حجم اور فعالیت دونوں میں اضافہ ہوتا ہے۔ اس لیے سیلائی کو شک ہوا کہ ایڈرینل کا ردِ عمل عام مطابقت کے پہلے مرحلے میں انتہائی اہم رول ادا کرتا ہے۔ اس مرحلے میں یہ حیاتیاتی دفاع کا ذریعہ ہوتا ہے جس کو سیلائی نے آگاہی ردِ عمل کا نام دیا ہے۔ اس کو دو تحتی مرحلوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے ایک تو وہ مرحلہ جس میں صدمہ اور صدمے کی وجہ سے انتشار کی کیفیت ہوتی ہے اور دوسرا وہ مرحلہ جس میں نامیہ داخلی توازن کو واپس لانے کی کوشش کرکے صدمائی کیفیت پر قابو پاتا ہے۔

عمومی مطابقت کی علامات کے مجموعے میں دوسرا مرحلہ مدافعت کا مرحلہ ہے۔ اس دور میں جاندار کی جسمانی توازن برقرار رکھنے کی مسلسل کوششیں خاصی کامیاب رہتی ہیں اور دباؤ ڈالنے والے خصوصی حالات سے مطابقت پیدا ہو جاتی ہے۔ دباؤ کا سامنا اگر طویل مدت تک کرنا پڑے تو تیسرا اور آخری مرحلہ درپیش ہو جاتا ہے جس میں قوتِ مدافعت اور داخلی توازن دونوں معطل ہو جاتے ہیں۔ اسے شدید تھکن کہتے ہیں۔ عمومی مطابقت کے مجموعۂ علامات کے تینوں مرحلے ایک خاکے کے ذریعے واضح کیے گئے ہیں۔ شکستہ خط یہ ظاہر کرتا ہے کہ اگر اسی دوران دباؤ ڈالنے والی کچھ دوسری صورتوں کا سامنا کرنا پڑ جائے تو قوتِ مدافعت دوسرے مرحلے میں ہی جواب دے جاتی ہے۔ یوں ہو سکتا ہے کہ جب نامیہ دباؤ کے ہوٹ میں ذرائع سے کامیابی کے ساتھ نمٹ رہا ہو تو ناسازگار حالات کے کچھ ثانوی بوجھ اس کی قوت کو توڑ دیں۔ ایسا محسوس ہوتا ہے جیسے پہلے دباؤ سے نبرد آزما ہونے میں ہی اس کی ساری

جسمانی افعال یا ساخت کی تبدیلیاں ان مرحلوں میں سے کسی بھی مرحلے پر رونما ہو سکتی ہیں۔ نسیجوں کا انحطاط (مثلاً معدہ اور آنتوں کے السر) آگاہی ردِّ عمل کے ابتدائی دور اور پھر شدید تھکن کے آخری دور میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ کیوں کہ اس بات کی تصدیق ہو چکی ہے کہ یہ جسمانی تبدیلیاں طویل مدّتی جذباتی اور جسمانی دباؤ کے سبب پیدا ہو سکتی ہیں اس لیے سیلائی کا عمومی مطابقتی مجموعۂ علامات کا تصوّر انسانوں میں نفسی جسدی امراض کو سمجھنے میں بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ یہ تصوّر جذباتی دباؤ کی وجہ سے پیدا ہونے والے عصبی اختلال اور تفاعلی جنون کی قسموں کو سمجھنے میں بھی مددگار ثابت ہو سکتا ہے۔

میلان سے تعلّق رکھنے والے اسباب

وہ میلانات جو جسم کی ساخت سے تعلّق رکھتے ہیں

مختلف افراد میں نفسیاتی دباؤ کے مختلف ردِّ عمل پیدا ہوتے ہیں۔ اس کے لیے کئی تجربے کیے جا چکے ہیں جن میں لوگوں کو مختلف قسم کے دباؤ ڈالنے والے حالات کی موجودگی میں کچھ دماغی کام کرتے تھے۔ کچھ تجربوں میں فرد کو دوسروں کے سامنے سخت تنقید کا نشانہ بنایا گیا۔ کچھ میں غلطیاں کرنے پر بجلی کا جھٹکا دینے کی دھمکی دی گئی۔ کچھ کے تحت کام کے دوران تیز آوازوں اور روشنیوں کے ذریعے خلل اندازی کی گئی۔ ان سب کے نتائج میں بڑا وسیع فرق پایا گیا۔ کچھ افراد کی کارکردگی میں پہلے کے مقابلے میں کمی آئی۔ کچھ افراد نے اپنی پہلی کارکردگی کو برقرار رکھا اور کچھ نے پہلے سے بہتر کارکردگی کا مظاہرہ کیا۔

حیاتیاتی دباؤ کے تحت بھی مختلف لوگوں کے ردِّ عمل ایک دوسرے سے بہت مختلف ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر میک فرلینڈ نے عصباتی مریضوں اور نارمل افراد پر آکسیجن کی کمی کے اثرات کی تحقیق کی۔ عصباتی مریضوں کے جوابی عمل زیادہ ناقص پائے گئے۔ دوسرے ناسازگار حالات کی طرح نیند سے محرومی کے اثرات کا انحصار بھی متعلقہ افراد کے مزاج پر ہوتا ہے۔ دو محققین (Kranyid and Lehmann, 1960) نے انتشارِ نفس کے چھ مریضوں کو ۱۰۰ گھنٹوں تک نیند سے محروم رکھا اور یہ دیکھا کہ ان میں وہ علامتیں پھر سے نمودار ہو گئیں جو مرض کے ابتدائی دَور میں نمودار ہوئی تھیں اور پھر کچھ عرصے بعد غائب ہو گئی تھیں۔

یہ اور دوسرے بہت سے مشاہدے ظاہر کرتے ہیں کہ اسباب نفسیاتی ہوں یا حیاتیاتی ان کے ذریعے جو ردِ عمل پیدا ہوتا ہے اس کا انحصار فرد کے حیاتیاتی اور نفسیاتی میلان پر ہوتا ہے۔ عموماً اس میلان کو جسمانی ساخت کا نام دیا جاتا ہے۔

"ساخت" ان نسبتاً مستقل نوعیت کی حیاتیاتی خصوصیات کو کہا جاتا ہے جو جزوی طور پر موروثی ہوتی ہیں اور جزوی طور پر تجربے کا نتیجہ۔ یہ موجودہ حالات و واقعات کے تئیں ہونے والے ردِ عمل کو متاثر کرتی ہیں۔ تحقیق کی توجہ ساختی عوامل کی دو اقسام کی طرف رہی ہے۔ ایک تو جسم کی ظاہری ہیئت جس میں جسم کا طول و عرض، عضلات چربی اور ہڈیوں کی تقسیم اور اصنافی ارتقا، بعض اعضا کی نشو و نما میں عدم توازن اور جسم کی مردانہ و زنانہ خصوصیات کے توازن کا مطالعہ کیا جاتا ہے۔ ان میں سب سے زیادہ جسم کی ہیئت کا مطالعہ کیا گیا ہے اور غیر جسمانی عوامل سے اس کا ربط تلاش کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ محققین نے خودکار نظام عصبی دوران خون اور قلب سے تعلق رکھنے والے افعال اور بہت سے بالو کیمیائی اور اینڈوکرائن غدود سے تعلق رکھنے والے عوامل سے کردار کا تعلق دریافت کرنے کی کوششیں کی ہیں۔

جسمانی ساخت

کردار اور جسم کی ساخت کے درمیان ربط تلاش کرنے کی کوشش کا خیال بہت قدیم ہے۔ زمانۂ قدیم کے ہندوؤں نے مردوں کو خرگوش، بیل اور گھوڑے کی صفات اور عورتوں کو گھوڑی، ہتھنی اور ہرنی کی خصوصیات رکھنے والی قسموں میں تقسیم کیا تھا۔ یونان اور روم کے حکیموں نے کچھ جسمانی خصوصیات کو چند امراض کے رجحان کے ساتھ وابستہ کیا تھا۔ جدید تحقیقی مطالعوں میں تین عوامل کی باہمی تعلق کو جاننے کی کوشش کی گئی ہے۔ یہ عوامل ہیں (۱) ہیئتِ جسمانی (۲) طبعی اور شخصیتی اوصاف اور (۳) امراض نفسی۔ ان تمام تحقیقی مطالعوں کو کرشمر (Kretchman) کی تحقیقات سے تحریک ملی تھی۔ کرشمر نے ہیئتِ جسمانی کو چار خصوصی قسموں میں تقسیم کیا ہے (۱) نحیف الجثہ، یہ شخص دُبلا پتلا ہوتا ہے ہڈیاں لانبی اور عضلات کی نشو و نما ناقص ہوتی ہے۔ کرشمر کے مطابق اس قسم کے افراد اپنی ذات میں کھوئی ہوئی شخصیت کے مالک ہوتے ہیں۔ ان میں انتشارِ نفس کا میلان پایا جاتا ہے۔ (۲) ورزشی، یہ افراد جسمانی طور پر مضبوط ہوتے ہیں۔ ان کے شانے

چوڑے اور عضلات کی نشوونما بھرپور ہوتی ہے۔ (۳) فیل اندام، یہ افراد فربہ اندام ہوتے ہیں۔ ان کا جسم گول مٹول اور ڈھیلا ڈھالا ہوتا ہے۔ کرشمر کے مطابق ان کی شخصیت بیرونِ بین ہوتی ہے اور مزاج میں تلوّن پایا جاتا ہے۔ ان کے موڈ میں جلد جلد تبدیلیاں آتی رہتی ہیں۔ یہ جنونِ جوش و اضمحلال کی طرف مائل ہوتے ہیں۔ (۴) جسمانی طور پر بے ڈھنگے افراد، اس قسم کے اینڈوکرائن غدود کے افعال میں خلل پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کی وجہ سے ان کے اعضا غیر متناسب ہوتے ہیں۔ اس کی ایک مثال غدۂ نخامیہ کے اختلال میں ملتی ہے جس کے سبب اعضا کی نشوونما مسخ ہو جاتی ہے۔

کرشمر نے جنون کے مریضوں پر وسیع پیمانے پر تحقیق کی اور بتایا کہ نحیف الجثہ مریضوں میں انتشارِ نفس کے مریض ۸۱ فی صد اور جنونِ جوش و اضمحلال کے مریض صرف ۶ فی صد تھے۔ دوسری طرف فیل اندام لوگوں میں جنونِ جوش و اضمحلال کے مریض ۵۸ فی صد اور انتشارِ نفس کے مریض محض ۶ فی صد تھے۔ بے ڈھنگے اور ورزشی انداز کے جسم والے افراد میں جنونِ جوش و اضمحلال کا میلان موجود تھا۔ یہ نتائج کرشمر کے اس خیال کے عین مطابق ہیں کہ دماغی اختلال، نارمل شخصیت کی مختلف اصناف اور جسمانی اقسام کے درمیان ایک باضابطہ تعلق پایا جاتا ہے۔

کرشمر سے پہلے اور اس کے بعد بھی جسمانی اقسام کی تقسیم کئی طریقوں سے کی گئی ہے۔ ان کی آپس میں پائی جانے والی مماثلت بہت نمایاں ہے حالانکہ یہ مختلف تقسیمیں مختلف لوگوں نے آزادانہ طور پر کی ہیں۔ ایک دوسرے سے ان کا کوئی تعلق نہیں رہا ہے۔ تقسیم کی تقریباً تمام صورتوں میں جسمانی ساخت کی ان انتہائی صورتوں کو ضرور جگہ دی گئی ہے جو کرشمر کے فیل اندام اور نحیف الجثہ لوگوں سے میل کھاتی ہیں۔ البتہ کرشمر کے بے ڈھنگے ٹائپ کی مثال دوسری تقسیموں میں کم ملتی ہے۔

شیلڈن نے بھی جسمانی اصناف بندی کا ایک نظام پیش کیا ہے جس میں فرد کی درجہ بندی ایک سات نکاتی پیمانے پر جسمانی ہیئت کی تین قسموں اور افتادِ طبع کی تین پہلوؤں کے اعتبار سے کی جاتی ہے۔ جسمانی ہیئت کی جانچ معیاری تصویروں اور مزاج کی جانچ انٹرویو کے ذریعے کی جاتی ہے۔ شیلڈن کے مطابق جسمانی ہیئت کی ان تین قسموں اور مزاجی خصوصیات کی جانچ میں غیر معمولی اور گہرا شماریاتی ربط پایا گیا ہے (+) مثال کے طور پر

فربہ شکم افراد میں جسمانی آرام کی رغبت، ملنساری اور پرسکون طبیعت پائی جاتی ہے۔ قوسی اندام افراد میں اپنی فوقیت کا احساس، قوت کی فراوانی اور مسابقت کا رجحان جیسے اوصاف پائے جاتے ہیں۔ لاغر اندام افراد خلوت پسند اور حساس ہوتے ہیں۔ ان کی حرکات و سکنات میں سست رفتاری اور کھنچاؤ کی کیفیت پائی جاتی ہے۔

جسمانی ہیئت اور بدراہی میں بھی شماریاتی ربط کا امکان موجود ہے۔ وسیع پیمانے پر کی گئی ایک تحقیق کے لیے پانچ سو بدراہ لڑکوں کو اور پانچ سو نارمل لڑکوں کو منتخب کیا گیا اور عمر ذہانت، نسل اور کم بضاعتی علاقوں میں بود و باش کے اعتبار سے ان کا موازنہ کیا گیا۔ گلوئیک اور گلوئیک (۱۹۵۶) نے دیکھا کہ بدراہ لڑکے کنٹرول گروپ کے مقابلے میں لاغر اندام کم اور قوسی اندام زیادہ تھے (یعنی ان کا جسم مضبوط تھا اور انرجی کی فراوانی تھی)

اسی طرح کچھ ایسے دوسرے مطالعوں کے نتائج بھی بہت متاثر کن ہیں جن میں جسمانی ساخت اور کردار کے تعلق کو دریافت کرنے کی کوشش کی گئی ہے۔ تاہم ان پر حسب ذیل اعتراضات کیے جاتے ہیں۔

(۱) جسمانی ہیئت کا تعین کرنے والے طریقے صحیح نہیں ہیں۔ کرشمر کی اصناف بندی میں پوری احتیاط نہیں برتی گئی ہے اور وہ معروضی نہیں ہے۔ دوسری تحقیقوں میں اس کی اصناف بندی کی تائید کرنے والے ثبوت نہیں مل سکے۔ شیلڈن نے اپنے طریقے میں کچھ اصلاح کی کوشش ضرور کی ہے تاہم اس کی تصویروں والی تکنیک براہ راست پیمائش جیسی معتبر نہیں ہو سکتی۔

(۲) کرشمر اور دوسرے محققین نے اس بات پر دھیان نہیں دیا ہے کہ عمر کے ساتھ ساتھ فربہی بڑھتی جاتی ہے اور عام طور پر لوگ لاغر اندام نہیں رہ جاتے ہیں۔ شیلڈن کا کہنا ہے کہ اس کی اصناف بندی پر عمر کا اثر نہیں ہوتا لیکن اس کا یہ دعوا مشکوک سمجھا گیا ہے۔ کیوں کہ عام طور پر انتشارِ نفس جنونِ جوش و اضمحلال سے کم عمر میں پیدا ہوتا ہے اس لیے جسمانی ہیئت اور تشخیص کا تعلق۔ خصوصیت سے کرشمر کی تحقیق کے مطابق۔ عمر کے اثر سے عاری نہیں ہو سکتا۔ اس کے علاوہ غذا کی فراہمی اور ماحول سے تعلق رکھنے والی بہت سی تبدیلیاں جسمانی اقسام کی پیمائش پر اثر انداز ہو سکتی ہیں۔

(۳) کرشمر نے ایک ہی تحقیق میں مردوں اور عورتوں دونوں کو شامل کیا ہے۔

اس طریق کار کی وجہ سے جسمانی اقسام کی پیمائش میں پیچیدگی آجاتی ہے اور پتہ نہیں چلتا کہ حاصل کردہ مواد کا مطلب کیا ہے۔

(۴) شاید اس میں سب سے زیادہ سنگین خامی یہ ہے کہ جو محقق شخصیتی اوصاف کی پیمائش کرتا ہے، فرد کی جسمانی ہیئت اور شخصیت میں جو تعلق فرض کیا گیا ہے اس کو بھی جانتا ہے۔ اس لیے اس کے لیے غیر جانبدار رہنا بہت دشوار ہے۔ بہت سے ماہرینِ نفسیات کا خیال ہے کہ شیلڈن نے جسمانی ہیئت اور مزاج کے درمیان شماریاتی ربط کا جو اندازہ کیا ہے وہ ناقابل یقین حد تک زیادہ ہے اس لیے اس کے طریق کار میں جانبداری کا امکان ہے۔

جسمانی ہیئت اور شخصیت کے لیے تجرباتی مطالعے کا ایسا ڈیزائن تیار کرنا جو ہر قسم کی خامیوں سے پاک ہو، آسان کام نہیں ہے پھر بھی ایسے ڈیزائن ہو سکتے ہیں جن کی شخصیت کی معروضی جانچ، خود نوشت سوانح عمری اور دوسری اسناد کا استعمال کیا جاسکے اور انٹرویو لینے والا جسمانی ساخت اور شخصیت کے مفروضے سے ناواقف ہو یا اس کی صداقت پر یقین نہ رکھتا ہو۔ بہتیری تحقیقات میں جسمانی ساخت اور شخصیت کے درمیان جو شماریاتی ربط دریافت کیے گئے ہیں ان کی یگانگت کی بنا پر کئی محققین کا خیال ہے کہ تجربوں کے ناقص ڈیزائن کے باوجود ان کے باہمی ربط سے انکار نہیں کیا جاسکتا۔ اس ربط کی توجیہہ کئی اسباب کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔

(۱) موروثی خواص جینوں کے ذریعے کردار اور جسم دونوں پر اثر انداز ہو سکتے ہیں۔ جس طرح کچھ اوصاف کا تعلق جنس سے ہوتا ہے اسی طرح کچھ اوصاف کا تعلق جسمانی ہیئت سے بھی ہو سکتا ہے۔ (۲) ماحول جسم اور کردار دونوں پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔ مثال کے طور پر بچپن میں معاشی تنگی سماج سے علاحدگی کا سبب بن سکتی ہے۔ ساتھ ہی معاشی تنگی کی وجہ سے غذائیت کی کمی جسمانی ضعف کا باعث ہو سکتی ہے۔ (۳) تہذیب مختلف جسمانی ساخت کے لوگوں سے مختلف توقعات رکھتی ہے اور لوگ اس رول کو ادا کرنے کی کوشش کرتے ہیں جس کی ان سے توقع کی جاتی ہو۔ مثال کے طور پر مضبوط جسم کے لوگوں سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ دوسروں کو اپنے زیر اثر رکھیں۔ چنانچہ ان کے لیے معاشرے سے بغاوت کر کے دوسروں پر حاوی ہو جانا آسان

ہوتا ہے۔ (۴) کسی خاص ٹائپ کی جسمانی ساخت رکھنے والے کے لیے کچھ کام قابل ستائش اور کچھ قابل الزام ہو سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر ایک طاقتور شخص اپنی جسمانی ساخت کے بل بوتے پر جارحانہ اقدام کرکے اور دوسروں پر غالب ہوکر زیادہ کامیاب ہو سکتا ہے اس کے برخلاف ایک لاغر اندام شخص کے لیے یہ طریقہ ناکامی کا سبب بن سکتا ہے۔ مختلف جسمانی ساخت کے حامل افراد مختلف طور طریقے اپناتے ہیں جس کی وجہ سے ان میں مختلف کردار اور مختلف شخصیتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔

یہ چار ممکنہ وضاحتیں اسباب وعلل اور ربطِ محض کے درمیانی خلیج کو ظاہر کرتی ہیں کیا جسمانی ہیئت اور کردار میں تعلق اس لیے پایا جاتا ہے کہ وراثت دونوں کو متاثر کرتی ہے یا جسم کردار کو سماجی توقعات کے ذریعے متاثر کرتا ہے؟ یا افراد کے خصوصی طرز عمل کی کامیابی، ناکامیابی ان کے کردار کو متاثر کرتی ہے۔ ہو سکتا ہے یہ چاروں مشترکہ طور پر اثر انداز ہوتے ہوں۔

ہیئت جسمانی کا تعین کرنے والے ان عناصر کے علاوہ جن کا سراغ سیلانی اور کرشمر کے روایتی مطالعوں میں پایا گیا تھا، کچھ لوگوں نے جسمانی ساخت کے عناصر مثلاً جسم کے سائز، مردانگی، نسوانیت اور جسمانی ناپختگی وغیرہ کا بھی مطالعہ کیا۔ بین روز (۱۹۵۴) نے جسم کے سائز، مردانگی، نسوانیت اور جسمانی ناپختگی وغیرہ کا بھی مطالعہ کیا اس لیے بتایا کہ قدرِ ذہانت (I.Q) کی کمی کے ساتھ ساتھ جسم کی تمام پیمائشیں بھی کم ہوتی جاتی ہیں۔ یہاں تک کہ ناقص العقلی کی سطح آجاتی ہے۔ اس سطح کے بعد تو جسم کی پیمائشوں میں کمی بہت تیزی کے ساتھ آتی ہے۔ اس کے علاوہ جو افراد ذہنی طور پر ناقص ہوتے ہیں وہ دوسرے لوگوں کی بہ نسبت جسمانی نااہلی کی مختلف قسموں کے شکار زیادہ ہوتے ہیں۔ یہ معذوریاں پیدائشی بھی ہوتی ہیں اور اکتسابی بھی۔ اس کے اسباب بہت واضح نہیں ہیں تاہم ہم یہ ضرور جانتے ہیں کہ تعلیل کے طویل سلسلے میں تعلیم اور سماجی معاشی حیثیت کا بھی کچھ ہاتھ ضرور ہوتا ہے۔

کوہن نے جسمانی ساخت کی مردانہ اور نسوانی ہیئت کا لواطت کے ساتھ تعلق دریافت کرنے کی کوشش کی۔ لواطت میں مبتلا مردوں کا موازنہ ایسے ۱۲۲ افراد سے کیا گیا جو جنسی اعتبار سے نارمل تھے۔ پتہ چلا کہ لواطت میں مبتلا افراد کی جسمانی ساخت ان افراد کی

جسمانی ساخت ان افراد کی بہ نسبت زیادہ نسوانی تھی جو ہر اعتبار سے نارمل تھے لیکن جو لوگ عصبی اختلال میں مبتلا تھے ان کی جسمانی ساخت بھی ان نارمل افراد سے (جن کا جنسی میلان صنفِ مخالف کی طرف تھا) اسی قدر مختلف تھی جتنی لواطت میں مبتلا افراد کی جسمانی ساخت علاحدہ تھی۔ ممکن ہے کہ عصبی اختلال اور لواطت دونوں ہی اس نوعیت کے اسباب سے متاثر ہوتے ہوں جن کا ذکر شیلڈن کے بنیادی جسمانی عناصر کے تحت آچکا ہے۔ جسمانی نسوانیت اور کسی منحرف کردار کے میلانات شاید ایک ہی جین کے ذریعے منتقل ہوتے ہوں یا جسمانی ساخت اور کردار دونوں پر یکساں نوعیت کے ماحول کی اثر اندازی ہو۔ اس کے علاوہ ایک امکان یہ بھی ہے کہ نسوانی ساخت کا جو اثر کردار پر پڑتا ہے اس کے اسباب کچھ سماجی توقعات اور سزا و جزا کی صورتوں سے وابستہ ہوں۔ ایک ایسا مرد جس کی جسمانی ساخت نسوانی خواص کی حامل ہے اگر مردانہ اور نارمل کردار کا مناسب صلہ نہ پاسکے تو ممکن ہے کہ وہ غیر مردانہ کردار یا عصباتی اختلال کا مظاہرہ کرنے لگے۔

کرشمر اور شیلڈن کے بنیادی جسمانی ٹائپ کی قسموں کی طرح ابھی تک اس کا کامل ثبوت نہیں مل سکا ہے کہ جسمانی ساخت کی ناپختگی، مردانگی اور نسوانیت اور جسم کے طول و عرض نفسیاتی امراض کے اسباب میں شمار ہو سکتے ہیں۔ گرچہ کچھ ثبوت بہم ہوئے ہیں جو جسم کی ساخت کی ناپختگی کی بابت کمزور ہیں لیکن جسمانی ہیئت کی بابت نہایت قوی ہیں۔

جسم کے افعال

یہ کہا جاچکا ہے کہ جسم کے داخلی ماحول میں معمولی سی تبدیلی بھی داخلی توازن اور دماغ کے افعال میں خلل انداز ہو سکتی ہے۔ مثلاً نسیجوں کو فراہم کی جانے والی آکسیجن کی مقدار میں کمی یا زیادتی۔ اس لیے یہ فرض کرنا عین قرین عقل ہوگا کہ جسم کے کیمیائی افعال میں آنے والی معمولی سی تبدیلی کردار میں اختلال کے میلان کو متاثر کر سکتی ہے۔ ہم یہ دیکھ چکے ہیں کہ جب کردار پر موروثی اثرات کی کارکردگی واضح ہو اور جسمانی ساخت سے تعلق رکھنے والا کوئی مرض موجود نہ ہو تو یہ فرض کیا جانا چاہیے کہ موروثی اسباب بائیوکیمیائی توازن کو متاثر کرکے ہی بروئے کار ہو سکتے ہیں خواہ ان کے اثرات کی تمیز یا ان کے اوصاف کی تخصیص نہ کی

جا سکے۔

جسمانی افعال اور کردار کے تعلق کو دریافت کرنے کے لیے حالیہ سالوں میں بہت سے تحقیقی مطالعے ہوئے ہیں لیکن ایسے مطالعے بہت کم ہیں جن سے واضح نتائج اخذ کیے جا سکیں۔ زیادہ تر مطالعے ایسے ہی ہیں جو دو عوامل کے شماریاتی ربط کا ثبوت پیش کرتے ہیں۔ ان سے حاصل ہونے والے نتائج کی پوری وضاحت بھی نہیں ہو سکی ہے۔

ولیمز نے تجربہ گاہ میں چوہوں کی ایسی نسل تیار کی جو وٹامنوں کی کمی ہونے پر پانی کی بجائے الکوحل پینا پسند کرتی تھی۔ ولیمز نے الکوحل کے مادی اور الکوحل سے اجتناب کرنے والے افراد کے استحالائی نظام کا مطالعہ بھی کیا۔ وہ اس نتیجے پر پہنچا کہ الکوحل کی خواہش اس وقت پیدا ہوتی ہے جب جسم میں تغذیہ بخش اجزا کی کمی ہو۔ کچھ افراد میں یہ کمی کچھ غذائی اجزا کے لیے جینیائی اسباب کی وجہ سے پیدا ہونے والے شدید مطالبے کے سبب ہوتی ہے۔ ولیمز کے تجربوں کا ذکر نویں باب میں آئے گا۔ یہاں یہ بتا دینا بھی ضروری ہے کہ کردار کے اختلال میں جسمانی عوامل کی اہمیت کو جاننے کے لیے جو مطالعے ہوئے ہیں ان کو دوہرانے میں کبھی کامیابی نہیں حاصل ہوئی ہے۔ فرض کیجیے کہ اس بات کی تصدیق ہو جائے کہ الکوحل کے شکار افراد میں استحالہ کا نقص پایا جاتا ہے تو بھی یہ سوال باقی رہ جائے گا کہ آیا یہ نقص الکوحلیت کی ابتدا سے پہلے موجود تھا یا اس کے بعد پیدا ہو گیا۔

تفاعلی امراض میں استحالے کے عمل پر بہت سی تحقیقیں کی گئی ہیں۔ ان کے نتیجے میں اکثر استحالے کی غیر معمولی صورتیں سامنے آئی ہیں۔ تاہم ان تحقیقوں کے نتائج کا خلاصہ تیار کرنا اور اس کی جانچ کرنا آسان نہیں ہے۔ مثال کے طور پر نشاستے کا ناکافی استحالہ خون میں پائے جانے والے ایک مادے سیروٹونن کے نقص اور کچھ دوسرے بائیوکیمیائی نقائص کو انتشار نفس کے اسباب میں شامل کیا جاتا ہے۔ دوسرے تفاعلی امراض کے لیے بھی کچھ اس طرح کے نقص دریافت کیے گئے ہیں۔ لیکن مختلف محققوں نے ایک جیسے مریضوں کی جماعتوں پر تحقیق کرنے کے باوجود اپنی دریافتوں میں موافقت نہیں پائی ہے۔ یہی نہیں بلکہ اکثر ایسا بھی ہوا ہے کہ ایک ہی محقق نے مختلف اوقات میں ایک ہی قسم کے مریض کا مطالعہ کیا ہے پھر بھی اس کی دریافتوں میں کوئی موافقت نہیں ملی ہے۔ یہ مسئلہ انتہائی پیچیدہ معلوم ہوتا ہے اس پر مختلف عوامل اثر انداز ہوتے ہیں۔ تجربہ گاہ میں اس سے وابستہ تجربوں کا اعادہ

بھی بہت مشکل ہے۔

اگر استحالے کے نقص مصدقہ طور پر دریافت ہو بھی جائیں تو بھی ان کے اسباب کی نوعیت غیر یقینی ہی رہے گی۔ اس لیے کہ یہ جینیاتی اسباب یا کچھ حیاتیاتی تجربوں (غذا اور بیماری وغیرہ) کا نتیجہ ہو سکتے ہیں یا پھر جذباتی عوامل ان کا سبب بن سکتے ہیں۔ بالوکیمیائی تحقیق کے ناقدوں کا کہنا ہے کہ بالوکیمیائی جانچ کے ذریعے دفاعی مریضوں اور نارمل افراد کو ایک دوسرے سے ممیز کرنے کا طریقہ ایسا ہی ہے جیسے مختلف نمونے کی کاروں کو ایک دوسرے سے ممیز کرنے کے لیے یہ دیکھا جائے کہ ان میں کتنا پٹرول خرچ ہوتا ہے، انجن کی رفتار کیا ہے، انجن کے پُرزے فی منٹ کتنے چکر کاٹتے ہیں وغیرہ وغیرہ۔ نارمل افراد اور انتشار نفس یا جوس و اضمحلال کے مریضوں کے درمیان پائے جانے والے بالوکیمیائی فرق حقیقی ہو سکتے ہیں لیکن ممکن ہے کہ ان کی حیثیت ثانوی اور غیر معتبر ہو۔

تفاعلی امراض کے مریضوں میں استحالے کے جو نقائص سامنے آئے ہیں ان کے سلسلے میں یہ بات ثابت ہو چکی ہے کہ وہ غذائیت سے تعلق رکھتے ہیں۔ غذائیت پر دماغی اسپتال میں دی جانے والی غذا کا اثر بھی ہو سکتا ہے اور جذباتی اختلال کا بھی۔ اس کا قوی امکان ہے کہ اضمحلال اور انتشار نفس دونوں کے مریضوں کی غذا کی مقدار ہسپتال میں داخلے سے پہلے اور مرض کے ابتدائی دور میں کم ہو۔ اس لیے ہو سکتا ہے کہ تفاعلی امراض میں استحالے کے نقائص اسباب کی بجائے نتائج کی حیثیت رکھتے ہوں۔ ابھی ہمیں یہ ثابت کرنے کے لیے پورے ثبوت نہیں مل سکے ہیں کہ انتشار نفس یا کسی اور تفاعلی مرض کے لیے کسی مخصوص نوعیت کا بالوکیمیائی میلان پایا جاتا ہے۔ حالانکہ یہ محسوس ہوتا ہے کہ بالوکیمیائی عوامل نفسیاتی افعال سے وابستہ ضرور ہیں۔

جہاں تک غدود کے افعال کا تعلق ہے یہ معلوم ہے کہ غدۂ درقیہ ایڈرینل اور غدۂ نخامیہ کے افعال کی خامیاں کرداری اختلال پیدا کر سکتی ہیں تاہم ابھی ان کے درمیان کوئی واضح تعلق دریافت نہیں ہو سکا ہے جس کے تحت یہ کہا جا سکے کہ فلاں غدود کے فلاں نقص سے فلاں نفسیاتی مرض پیدا ہو سکتا ہے۔ اب تک انسانوں میں ہارمون اور کردار کے تعلق کے سلسلے میں جو تحقیق ہوئی ہے اس سے ایسے نتائج بہت کم ہی ملے ہیں جن سے ابنارمل نفسیات میں فائدہ اٹھایا جا سکے۔

خود کار نظامِ عصبی کے افعال و وظائف کے مطالعے سے پتہ چلا ہے کہ عصبی اختلال کے دوران اعصاب کی فعالیت میں بہ حیثیت مجموعی اضافہ ہو جاتا ہے۔ شدید قسم کی تشویش کے دوران پیدا ہونے والی جسمانی علامتیں جو عصبی اختلال میں عام ہیں (مثلاً قلب کی حرکت میں اضافہ، ٹھنڈے پسینے کا اخراج، منہ کا خشک ہو جانا وغیرہ) خود کار نظامِ عصبی کی بڑھی ہوئی فعالیت کی وجہ سے ہی پیدا ہوتی ہیں۔ مرکزی خود کار ردِّ عمل کو ظاہر کرنے کا ایک ذریعہ فنکن اسٹین ٹسٹ ہے۔ اس کے تحت ایک دوا کا انجکشن دیا جاتا ہے جس کی وجہ سے بہت سے لوگوں میں خون کا انقباضی دباؤ کم ہو جاتا ہے۔ یہ باور کیا جاتا ہے کہ یہ علامت انہیں لوگوں میں پیدا ہوتی ہے جو خوف کی کیفیت میں مبتلا رہتے ہیں۔ اس لیے یہ ٹسٹ دباؤ کے دوران پیدا ہونے والی عصباتی تشویش اور خوف کے ردِّ عمل کی تشخیص کر سکتا ہے۔ تاہم یہاں بھی وہی اعتراض کیا جاتا ہے کہ فنکن اسٹین کے دوران پیدا ہونے والا خصوصی ردِّ عمل عصبی اختلال کا سبب ہونے کی بجائے اس کا اثر یا نتیجہ ہو سکتا ہے۔

بہت سے شواہد جذباتی مشکلات کے آگے سپر اندازی، چھوت کی بیماریوں اور دوسرے امراض یہاں تک کہ موت کا شکار ہونے کے درمیان شماریاتی تعلق کو ظاہر کرتے ہیں۔ دماغی مریضوں میں جسمانی بیماریوں اور موت کی شرح بہت اونچی پائی جاتی ہے۔ اسی طرح جو مریض جسمانی امراض کے علاج کے خواہاں ہوتے ہیں ان میں امراضِ نفسی کی مثالیں خاصی تعداد میں ملتی ہیں۔ جسمانی اور دماغی امراض ان افراد میں زیادہ پائے جاتے ہیں جن کی ذہانت کم تر درجے کی ہوتی ہے اور جو نچلے سماجی معاشی طبقے سے تعلق رکھتے ہیں۔ اس کے علاوہ ذہنی مریضوں میں ان منفی اجسام کو پیدا کرنے کی صلاحیت کم ہو جاتی ہے جو چھوت کی بیماریوں سے جسم کی حفاظت کرتے ہیں۔ ہو سکتا ہے کہ دماغی اور جسمانی امراض کے درمیان اس تعلق کا راز جسم کی طبعی ساخت سے تعلق رکھنے والے ایک مشترکہ میلان میں پوشیدہ ہو۔ گرچہ بہت سے دوسرے عوامل بھی اس طرح کے ربط کا سبب ہو سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر ایک امکان تو یہ ہے کہ ذہنی مریض اپنی صحت کی طرف سے لاپروا ہو جاتے ہیں اور طویل مدت تک صحت کو نظر انداز کرنے کی وجہ سے ان میں جسمانی امراض بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ آخر میں یہ بتانا بھی ضروری ہے کہ ابنارمل افراد کے

دماغ کا برقی گراف (C.E.E.G.) بھی نارمل افراد کے گراف جیسا نہیں ہوتا۔ لیکن یہ انحراف بھی نفسیاتی امراض کے سبب کی بجائے ان کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔

کچھ استناج اور فیصلے

غیر موروثی حیاتیاتی اسباب کے جائزے سے ہم کچھ عام نتائج اخذ کر سکتے ہیں۔

(۱) میلان سے تعلق رکھنے والے اسباب کی بہ نسبت ان اسباب کا علم زیادہ بہتر طور پر حاصل ہو سکتا ہے جو بیماری سے فوری قبل رونما ہوتے ہیں۔ یہ خیال عام ہے کہ میلان سے تعلق رکھنے والے اسباب زیادہ اہم اور بنیادی ہیں تاہم ان پر ایسی تحقیق کے ڈیزائن تیار کرنا جو باہمی ربط کے علاوہ اسباب و علائل پر بھی روشنی ڈال سکیں بہت مشکل ہے۔

(۲) یہ عقیدہ کہ میلان سے تعلق رکھنے والے حیاتیاتی اسباب حقیقی ہیں اور یہ خیال کہ "پس پردہ کچھ ہے ضرور" بالکل ہی غلط نہیں ہے باوجود اس کے کہ اس بنیاد پر جو تحقیق ہوئی ہے اس کے نتائج نسبتاً کمزور ہیں چونکہ انسانی نامیہ حیاتیاتی اور کرداری عوامل کے باہمی طور پر مربوط نظام کا نام ہے۔ اس لیے یہ قرین قیاس ہے کہ اس میں کردار کے اختلال کے حیاتیاتی میلانات ضرور ہوں گے۔ دوسرے یہ کہ چونکہ کچھ جسمانی امراض کے موروثی میلان کے ثبوت مل چکے ہیں اس لیے یہ فرض کرنا بھی بعید از قیاس نہیں ہے کہ وراثت اور کردار کو ایک دوسرے سے منسلک کرنے کے تفاعلی اور ساختی میلانات ضرور موجود ہوں گے۔ تیسرے یہ کہ مذکورہ بالا تجربوں کے نتائج کے کمزور ہونے کے باوجود ان میں خاصی یگانگت پائی جاتی ہے۔ ان مطالعوں سے اتنا تو ضرور ظاہر ہوا ہے کہ کرداری امراض اور حیاتیاتی عوامل کے درمیان کچھ ربط ضرور ہے۔ اس ربط کے سلسلے میں کچھ موجودہ دریافتیں تعلیل کو ظاہر کرتی ہیں اور کچھ ایسی ہیں جو تعلیل پر روشنی نہیں ڈالتیں۔ یہاں مسئلہ یہ ہے کہ وہ کون سے حیاتیاتی عوامل ہیں جو شماریاتی ربط (Correlates) اور میلانی اسباب دونوں کی حیثیت کے حامل ہیں اور کون سے امراض ان حیاتیاتی اسباب سے پیدا ہوتے ہیں اور پھر حیاتیاتی اسباب دوسرے اسباب پر کس طرح اثر انداز ہوتے ہیں۔

(۳) ہم یقین کے ساتھ یہ کہہ سکتے ہیں کہ کردار کی ابنارمل صورتوں پر تحقیق نہ صرف جاری رہے گی بلکہ رفتار میں اضافہ بھی ہوگا۔ تحقیق کی تکنیک اور ڈیزائن کو بہتر بنایا جائے گا تو تعلیل کے سلسلے میں ترقی کے زینے کی مزید سیڑھیاں طے ہوں گی۔

چھٹا باب

تعلیل

نفسیاتی اسباب

انسانوں کا کردار حیاتیاتی عوامل کے ساتھ بہت بڑی حد تک نفسیاتی عوامل سے بھی متاثر ہوتا ہے۔ شدید احساس نامرادی، جذباتی محرومی اور کشاکش کردار کے اختلال کا سبب بن جاتے ہیں۔ ان اسباب کے ذریعے پیدا ہونے والے ردِ عمل پر آموزش (Learning) کے اصولوں کی اثراندازی ہوتی ہے۔

آموزش (LEARNING)

آموزش یا سیکھنے کا عمل ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے ہمارے کردار میں تبدیلیاں پیدا ہوتی ہیں۔ ان تبدیلیوں کا انحصار ہمارے تجربوں پر ہوتا ہے۔ اگر کردار میں تبدیلی نہ آئے تو اس کا مطلب ہے کہ متعلقہ فرد کچھ سیکھ نہیں سکا ہے۔ اس کے علاوہ اگر کردار کی تبدیلی تجربے کی وجہ سے نہ ہو کر نشوونما یا کسی حیاتیاتی کیفیت (مثلاً تھکن یا جسم میں کسی نقص کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے تو اس کو آموزش نہیں کہا جائے گا۔ ہِل گارڈ (Hilgard 1956) نے آموزش کی جو تعریف کی ہے اس میں یہ نکات شامل ہیں۔

"آموزش وہ عمل ہے جس کے ذریعے کسی فعل و عمل کی ابتدا ہوتی ہے کسی مخصوص صورتِ حال کا سامنا ہونے پر جو ردِ عمل پیدا ہوتے ہیں اِن کے باعث (کردار میں) ظہور پذیر ہونے والی تبدیلی بھی آموزش ہے۔ بشرطیکہ یہ تبدیلی پیدائشی رجحانات، پختگی یا فرد میں پیدا ہونے والی عارضی کیفیات (مثلاً تھکن دواؤں کا اثر وغیرہ) کے باعث نہ ہو۔"

اس تعریف کے کئی مفہوم ہیں جن پر توجہ دینی چاہیے۔ اول تو یہ ضروری نہیں ہے کہ سیکھنے کے عمل کے ذریعے کردار میں جو تبدیلی آئی ہے وہ پسندیدہ نوعیت کی ہو۔ الفاظ کا غلط استعمال، غلط

سماجی عادتیں دباؤ کی صورت کے تحت مراجعت (Regression) ، جیسی تبدیلیاں بھی آموزش کے رونما ہونے کا ثبوت اسی طرح پیش کرتی ہیں جس طرح بعض پسندیدہ تبدیلیاں ۔ دوسرے یہ کہ حالانکہ آموزش اکثر باقاعدہ طور پر سیکھنے سے پیدا ہوتی ہے تاہم اس کی زیادہ تر صورتیں بغیر کسی منصوبہ بندی اور رہنمائی کے پیدا ہوتی ہیں ۔ تیسرے یہ کہ اکثر لوگ بغیر کسی احساس اور آگاہی کے ہی بہت سی چیزیں سیکھ لیتے ہیں ۔ آموزش کی تعریف کردار کی ان تبدیلیوں کے تحت کی جاتی ہے جنھیں دیکھا اور محسوس کیا جا سکے ان تبدیلیوں کے شعوری احساس کے ذریعے نہیں ۔

آموزش کی قسمیں ((TYPES OF LEARNING))

کلاسیکی ساختہ التزام ((CLASSICAL CONDITIONING)

پاؤلو ((Pavlov)) نے آموزش کی اس قسم کا باقاعدہ مطالعہ کیا تھا ۔ اس کے تحت فرد (یا جانور) کے سامنے دو ہیج (Stimuli) پیش کیے جاتے ہیں ، ان دونوں کے درمیان وقفہ بہت کم ہوتا ہے ۔ جس جاندار پر تجربہ کیا جاتا ہے اس کے اندر کوئی نہ کوئی تحریک کارفرما ہوتی ہے ۔ پیش کیے جانے والے ہیجوں میں سے ایک ہیج موجودہ تحریک کی تسکین (مثال کے طور پر بھوک کے لیے موزوں ہوتا ہے (یہاں غذا موزوں ہیج ہوگی) یہ دوسرا ہیج غیر ساختہ ((Unconditioned) کہلاتا ہے ۔ کلاسیکی ساختہ التزام ((Classical Conditioning)) وہ عمل ہے جس کے ذریعے ناموزوں یا بے اثر ہیج کو موزوں ہیج کے ساتھ بار بار پیش کیا جاتا ہے اور بے اثر ہیج بھی وہی ردِ عمل پیدا کرنے لگتا ہے جو دراصل بنیادی طور پر موزوں ' ہیج کا خاصہ تھا ۔ یعنی پہلے جو ہیج ناموزوں تھا وہ ایک ساختہ جوابی عمل ((Conditioned Response) کے لیے موزوں بن جاتا ہے ۔ یوں اگر ایک کُتے کے سامنے کھانا رکھا جائے اور ساتھ ہی ایک گھنٹی بجائی جائے تو کچھ عرصے بعد کُتا گھنٹی کی آواز پر رال ٹپکانا سیکھ جاتا ہے ۔ (جب کہ بنیادی طور پر رال ٹپکانے کا عمل کھانے کے ساتھ وابستہ ہے) یہاں غذا تقویت پہنچانے والا عامل ((Reinforcement)) ہے ۔ اس لیے کہ اس سے کُتے کو تسکین ملتی ہے ۔ (التزام کے قائم ہونے سے پہلے) ساختہ جوابی عمل سیکھ لیا جائے اور پھر اس کے بعد بار بار گھنٹی بجائی جائے لیکن غذا نہ پیش کی جائے تو جوابی عمل رفتہ رفتہ غائب ہو جاتا ہے ۔

کلاسیکی ساختہ التزام کے ابتدائی مرحلوں میں ہیج کی تعمیم ((Stimulus Generalization)

کا رجحان پایا جاتا ہے۔ جو کتا ایک مخصوص گھنٹی کی آواز پر لعاب دہن خارج کرسکتا ہے وہ کسی بھی گھنٹی بلکہ کسی بھی ملتی آواز پر لعاب دہن خارج کرنے لگتا ہے۔ اگر التزام کا عمل کافی عرصے تک جاری رہے تو ساختہ جوابی عمل میں تخصیص پیدا ہو جاتی ہے۔ یعنی کتا ' صحیح ' گھنٹی اور دوسری گھنٹیوں میں تمیز کرنا سیکھ لیتا ہے۔ البتہ اگر صحیح اور غلط اشیا میں تمیز کرنا مشکل ہو جائے تو کردار میں، خصوصیت سے جذباتی کردار میں خاصی بڑی اور اہم تبدیلیاں آ سکتی ہیں۔

کلاسیکی ساختہ التزام (Classical Conditioning) سیکھنے کی وہ قسم ہے جس میں "غیر ارادی" جوابی اعمال کو تبدیل کیا جا سکتا ہے۔ یہ جوابی اعمال خود کار عصبی نظام، سادہ عضلات (Unstriped Muscles) اور غدود کے ذریعے پیدا ہوتے ہیں۔ اگر ایک بے اثر ہیج (Neutral Stimulus) کو برقی گزند کے ساتھ پیش کیا جائے (یا اس کے اور برقی صدمے کے درمیان بہت کم وقفہ رکھا جائے) تو کچھ عرصے بعد اس بے اثر ہیج سے نبض کی رفتار بڑھ جائے گی اور پسینے میں اضافہ ہونے لگے گا۔ (واضح ہو کہ یہ جوابی عمل بنیادی طور پر برقی صدمے کے ذریعے پیدا ہوتے تھے) اس کے ساتھ ساتھ یہ بے کیفیت ہیج کچھ اور چیزوں کے ساتھ بھی منسلک ہو جائے گا۔ مثال کے طور پر، برقی گزند کے ساتھ وابستہ ہونے کی وجہ سے یہ خوف بھی پیدا کرنے لگے گا اور اس طرح خطرے کا نشان بن جائے گا۔ اس لیے فرد اس سے احتراز کی کوشش کرے گا۔ بہ الفاظِ دیگر یہ ہیج متعلقہ فرد میں احتراز کی تحریک پیدا کرنے لگے گا۔ یہی جوابی عمل اس وقت بھی پیدا ہوگا جب غیر اضافہ ہیج برقی گزند کی بجائے کوئی سماجی یا جذباتی سزا یا احساس نامرادی کی صورت میں پیش ہو کسی بچے کو اگر شدید نوعیت کی سزا دی جائے، اس کی کسی ضرورت کی تکمیل نہ کی جا سکے یا اُسے شفقت سے محروم ہونا پڑے تو اس میں تشویش اور تشویش کی تمام جسمانی علامتیں (نبض کی رفتار میں اضافہ وغیرہ) پیدا ہو جاتی ہیں۔ یاد رہے کہ یہ تمام چیزیں یعنی سزا اور ضرورت کی تکمیل نہ ہونے سے پیدا ہونے والا احساسِ نامرادی وغیرہ۔ غیر ساختہ ہیج کی صنف میں آتے ہیں۔ اتصال زمانی (Temporal Contiguity) کی وجہ سے بہت سے ایسے ہیج جو ابتدا میں بے اثر تھے۔ ان تکلیف دہ صورتوں کے ساتھ منسلک ہو جاتے ہیں۔ بچہ سزا دینے والے والدین کی صورت یا آواز سے بھی گھبرانے لگتا ہے۔ یہ تشویش کا ردّ عمل پیدا کرتی ہیں۔ بعد میں ان افراد کی وجہ سے بھی تشویش کا اظہار ہو سکتا ہے جو بنیادی ہیج سے ملتے جلتے ہوتے ہیں۔ یعنی ہیج کی تعمیم ہو جاتی ہے۔ وہ خیالات اور محرکات بھی تشویش پیدا کرنے لگتے ہیں جو سزا

یا خطرے یا نامرادی کے احساس کے وقت موجود تھے جیسے شہوت اور جارحیت وغیرہ وغیرہ۔ بچے کی ساختہ تشویش (Conditioned Anxiety) اس کے اندرونی خیالات اور خواہشات سے ساختہ احتراز (Conditioned Avoidance) کا جذبہ پیدا کرنے لگتی ہے۔ یہ ساختہ احتراز اختباس (Repression)، علاحدگی (separation)، ردِّ عمل کی تشکیل (Formation) اور دوسرے دفاعی تدبیروں کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے اس طرح کلاسیکی ساختہ التزام بہت سے عصباتی اور دفاعی نوعیت کے اعمال و افعال کی وضاحت کے لیے نظریاتی بنا مہیا کرتا ہے۔ اس کے علاوہ اس سے یہ بھی معلوم ہوتا ہے کہ علاج نفسی کا ایک بڑا حصہ عصباتی تشویش کو غیر تشویشی ردِّ عمل میں تبدیل کرنے کی کوشش میں مریض کا ہاتھ بٹاتا ہے اس میں کامیابی حاصل کرنے کے لیے معالج کئی طریقے اختیار کرتا ہے۔ مثال کے طور پر وہ گرم جوشی و خلوص کی فضا تیار کر کے مریض کے کردار کے خوشگوار (غیر تشویشی) عناصر کو تقویت پہنچانے کا سامان فراہم کرتا ہے۔ اس کے علاوہ وہ مریض کے کردار کی تشریح اور وضاحت بھی کرتا ہے تاکہ مریض یہ سمجھ سکے کہ اس میں تشویش کیوں پیدا ہوتی ہے اور نتیجتاً اس پر قابو پا سکے۔

وسیلتی التزام یا آموزش (INSTRUMENTAL CONDITIONING OR LEARNING)

آموزش کی اس قسم میں فرد کو اس وقت تقویت پہنچائی جاتی ہے جب وہ کسی دیے ہوئے ہیجّ کے تئیں مطلوبہ جوابی عمل پیش کرتا ہے۔ اس کے بعد اس ہیجّ کی موجودگی میں مطلوبہ فعل و عمل کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ چوہے کو کھانے کا ٹکڑا جب ہی ملتا ہے جب وہ مطلوبہ لیور کو دبائے بلّی پنجرے سے باہر جب ہی نکل سکتی ہے جب وہ اس کے دروازے کو کھول سکے۔ بچے کی طرف مسکرا کر اسی وقت دیکھا جاتا ہے جب وہ کوئی پیاری سی بات کہے۔ اگر وہ تنگ کرتا ہے تو اسے تیوری چڑھا کر دیکھا جاتا ہے۔ اگر یہ حالات دوہرائے جاتے رہیں (یعنی لیور دبانے پر چوہے کو کھانا ملتا رہے اور دروازہ کھول لینے پر بلّی کو پنجرے کی قید سے نجات ملتی رہے) تو چوہا لیور کو فوراً دبائے گا، بلّی پنجرے سے جلد نجات حاصل کرے گی اور بچہ زیادہ پیاری پیاری باتیں کرنے لگے گا۔ مطلوبہ عمل یہاں وہ وسیلہ (Instrument) ہے جو تقویت پہنچانے والے صلے یا سزا کو پیش کرتا ہے۔ تقویت پہنچانے والا انعام کھانا بھی ہو سکتا ہے اور کسی تکلیف دہ صورت حال سے احتراز یا فرار بھی۔ اسی طرح کوئی بھی ایسی شے تقویت پہنچانے والی سزا بن سکتی ہے جو متعلقہ فرد

یا جانور کے لیے ضرر رساں ہو۔ وسیلتی آموزش کے لیے چار شرطیں ضروری ہیں۔ (۱) جاندار میں ضروریات یا محرک کے (Drive) کی موجودگی جو جوابی عمل کو حرکت میں لا سکے (۲) ایک واضح ہیج جو بار بار متعلقہ فرد یا جانور کے سامنے پیش کیا جا سکے اور جس سے مطلوبہ فعل وعمل پیدا ہو سکے۔ (۳) فرد میں مطلوبہ جوابی عمل پیش کرنے کی صلاحیت کی موجودگی یہ جوابی عمل ایک خیال، جذباتی ردِّ عمل، الفاظ یا کسی مخصوص عمل کی صورت میں ہو سکتا ہے۔ فرد جب بھی یہ مطلوبہ جوابی عمل پیش کرے اس کو تقویت پہنچائی جانی چاہیے۔

عام طور پر وسیلتی آموزش میں خود کار عصبی نظام کی بجائے مرکزی عصبی نظام اور سادہ کی بجائے دھاری دار (Striped muscles) عضلات شامل ہوتے ہیں۔ کردار کے اختلال کو سمجھنے کے لیے سیکھنے کی یہ قسم بھی کلاسیکی التزام کی طرح ہی کار آمد ہے۔ گھریلو ماحول میں سماجی طور طریقے سیکھنے میں بڑی حد تک وسیلتی آموزش کا ہی ہاتھ ہوتا ہے۔ صاف ستھرا رہنا، کھانے کے وقت کا انتظار کرنا، فیصلے کرنا، جسمانی جارحیت پر روک لگانا، یہ سب تجربے کے ذریعے حاصل ہونے والے کردار ہیں جو وسیلتی آموزش کے رہینِ منت ہیں۔ ان کے نتیجے میں خاطر خواہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے۔ مطلوبہ جوابی عمل پیش نہ کیا جائے تو سزا ملتی ہے۔ بعض اوقات فرد ناقص عادتیں یا مطابقت کے ناقص طریقے سیکھ لیتا ہے۔ جذباتی اختلال کے متعلق ہم کہہ سکتے ہیں کہ یہ ایسی وسیلتی آموزش ہے جس کے تحت فرد ذہانی اور معتقدی دور سے آگے نہیں بڑھ پایا۔ وہ انھیں ادوار کی عادتوں پر تکیہ کرتا ہے اور ایسے طرز سیکھ لیتا ہے جو ناقص مطابقت پیدا کرتے ہیں۔ اگر کسی بچے کو جارحیت کی غلط اور ناپسندیدہ عادتوں کے نتیجے میں خوشگوار صلے حاصل ہوں یا جنسیت کے ہر قسم کے اظہار پر سزا ملے تو اس میں دیرپا نوعیت کی سماجی اور جذباتی بندشیں (Inhibitions) پیدا ہو سکتی ہیں اور اس کی سماجی و جذباتی نشو و نما مسخ ہو سکتی ہے۔ خاندان کے مجموعی اثرات اور والدین کے رویے ایسی چیزوں اور عادتوں کے سیکھنے میں خصوصی اہمیت رکھتے ہیں جو ناقص مطابقت کا سبب بنتی ہیں۔ اس باب میں آگے چل کر ان سے بحث کی جائے گی۔

آموزش کے کچھ اصول

آموزش کا فرق صلے کی مقدار پر منحصر ہے۔ آموزش کی ہر کوشش کے ساتھ خاصا اچھا

صلہ حاصل ہو یا کئی کوششوں کے ایک سلسلے کے بعد اکٹھا ہونے والے خوشگوار نتائج کی مقدار خاصی کثیر ہو تو اکتساب شدہ عادتوں کی قوت میں اضافہ ہوتا ہے اور ان کے معدوم ہونے کی رفتار بہت کم ہو جاتی ہے۔ صلہ اوّلین بھی ہو سکتا ہے اور ثانوی بھی۔ اوّلین صلہ (Primary Reward) بنیادی طور پر تشفی بخش ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر بھوک کے محرّک کے لیے غذا اوّلین صلہ ہے۔ ثانوی صلہ اس لیے قابل قدر بن جاتا ہے کہ وہ کسی طرح اوّلین صلے سے وابستہ ہو جاتا ہے۔ دولت، دوسروں کی توجہ، سماج یا بزرگوں کی پسندیدگی طاقت ورثانوی صلے ہیں۔ اس لیے کہ وہ بہت سے اوّلین صلوں سے منسلک ہیں۔

صلے کی ایک تیسری قسم بھی ہوتی ہے۔ یہ بات دریافت ہوئی ہے کہ چوہوں، بندروں اور کچھ دوسرے جانوروں کے دماغ میں صلے اور سزا کے خصوصی مرکز ہوتے ہیں اور کچھ مرکز بے اثر بھی ہوتے ہیں ([illegible]) تجربہ گاہ میں ایک چوہا لیور کو بار بار دباتا ہے اس لیے کہ اس کو دبانے سے اس کے دماغ میں فٹ بٹھائے ہوئے تنھے سے برقی آلے (Electrode) کے ذریعے صلے کے مرکز کو تحریک ملتی ہے۔ اسی طرح وہ سزا کے مرکز کو دی جانے والی برقی تحریک سے بچنے کے لیے بار بار فرار حاصل کرے گا۔ واضح ہو کہ سزا کا مرکز درد کا احساس نہیں پیدا کرتا۔ دماغ میں درد پیدا کرنے والے اعصاب نہیں ہیں) اولڈز (Olds) نے یہ بھی دریافت کیا کہ اگر کسی بھول بھلیاں ([illegible]) کے دو راستوں میں سے ایک راستے پر جانے سے غذا حاصل ہو اور دوسرا راستہ اختیار کرنے سے صلے کے مرکز کو تحریک ملے تو چوہے دوسرے راستے کو ترجیح دیتے ہیں۔ کسی بندر کے سزا کے مرکز کو تحریک دی جائے تو اس پر شدید رعشہ طاری ہو جاتا ہے اور وہ فرار کی مجنونانہ کوشش کرنے لگتا ہے۔ اس کے کئی دن بعد تک اس پر جھلاہٹ طاری رہتی ہے اور اس کی غذا کم ہو جاتی ہے۔ صلے کے مرکز کو تحریک دینے سے متضاد اثرات پیدا کیے جا سکتے ہیں۔ کچھ ایسے انسانوں کے مشاہدے سے جن کے دماغ کو عمل جراحی کے دوران برقی تحریک دی گئی تھی۔ پتہ چلا ہے کہ یہ مرکز انسانوں میں بھی پائے جاتے ہیں۔ صلے کے مرکز کی تحریک سے انھیں بشاشت کا گہرا احساس ہوتا ہے اور سزا کے مرکز کی تحریک سے شدید غصے اور خوف کی کیفیت طاری ہوتی ہے۔

یہ کہا جاتا ہے کہ ([illegible] 1962) انتشار نفس کا میلان سزا کے مراکز کی ضرورت سے زیادہ تحریک کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ کچھ موروثی یا جسمانی اسباب کی بنا پر یا سابقہ تجربات کی وجہ سے انتشار نفس کے مریض کا عصبی نظام اس طرح کام کرتا ہے کہ خود اس کے اپنے خیالات اور

یادیں اس کے سزا کے مراکز کو تحریک دینے لگتی ہیں۔ یہی خیالات اور یادیں ایک ایسے شخص میں جو انتشار نفس کی طرف مائل نہیں ہے، یا تو بے اثر مراکز کو اکساتی ہیں یا صلے کے مرکز کو۔ حالانکہ انتشار نفس کے اس نظریے کی تصدیق کے لیے تجرباتی ثبوت موجود نہیں ہیں تاہم انتشار نفس کی کچھ علامتیں مثلاً خوف، کنارہ کشی، بدخواہی، اور خوشگوار کیفیتوں سے لطف اندوز ہونے کی صلاحیت کا فقدان (Anhedonia) وغیرہ وغیرہ اس کی تائید کرتی ہیں۔

جوابی عمل (Response) اور اس کی تقویت کے درمیان جو وقفہ پایا جاتا ہے اس کی مدت کے مطابق آموزش میں تغیر آتا ہے۔ یہ وقفہ جتنا مختصر ہوگا یعنی تقویت جتنی جلد پہنچائی جائے گی، آموزش میں اتنی ہی تیزی سے ترقی آئے گی۔ یہ وقفہ ہی کردار میں دفاعی تدبیروں کی جگہ بنا لینے کا ایک بڑا سبب ہوتا ہے۔ احتباس (Repression) انظلال (Projection) اور اسی طرح کی دوسرے دفاعی تدبیریں استعمال کی جائیں تو تشویش میں فوری کمی آتی ہے اس طرح بار بار کے استعمال سے یہ ایک مضبوط عادت کی شکل اختیار کر لیتی ہیں۔

تکرار یا مشق مقدار کے ساتھ بھی آموزش میں تغیر آتا ہے:۔ تجربے سے حاصل ہونے والے جوابی عمل کی جتنی زیادہ مشق کی جاتی ہے۔ آموزش اتنی ہی مضبوط ہوتی ہے۔ آموزش کو اگر باوقفہ تقویت دی جائے (باوقفہ تقویت کا مطلب ہے کہ کئی کوششوں میں سے صرف ایک کوشش کو تقویت پہنچائی جائے) تو اس کی رفتار اس آموزش کے مقابلے میں بہت سست ہوتی ہے۔ جس کو مسلسل تقویت حاصل ہوتی ہے لیکن ساتھ ہی اس کے معدوم ہونے کی رفتار بھی بہت سست ہوتی ہے یعنی باوقفہ تقویت کے ذریعے حاصل کیے جانے والے کردار آسانی سے بھلائے نہیں جا سکتے۔ نشو و نما کے کسی دور میں ترکیز (Fixation) بھی اسی قسم کی باوقفہ تقویت (Reinforcement) کی وجہ سے ہوتا ہے۔ نشو و نما کے کسی دور میں کچھ اعمال و افعال کبھی تشفی کا باعث ہوں اور کبھی احساس نامرادی کا سبب تو ان کو ختم کرنا مشکل ہوتا ہے اور وہ ترکیز کی صورت میں قائم ہو جاتے ہیں۔

ترغیب کی شدت کے مطابق آموزش میں تغیر آتا ہے: محرکہ (Drive) جس قدر شدید ہوگا، اکتساب شدہ جوابی عمل اتنا ہی مضبوط ہوگا اور اس کے معدوم ہونے کی رفتار اتنی ہی سست ہوگی۔ صلے کی طرح محرکے بھی اوّلین اور ثانوی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ پیدائشی محرکے مثلاً بھوک پیاس اور تکلیف کا ازالہ [illegible] محرکے [illegible] کتسابی محرکے جیسے سماجی مرتبے کی ضرورت، ہم عمر

ساتھیوں میں مقبولیت اور احساس جرم سے اجتناب وغیرہ ثانوی محرکے کہلاتے ہیں۔

چوں کہ تشویش بھی ایک محرکہ ہے اس لیے شدید تشویش میں مبتلا رہنے والے شخص کی محرکاتی سطح (Drive level) بہت اونچی ہوتی ہے۔ تجربوں سے ثابت ہوا ہے کہ نارمل اشخاص کی بہ نسبت تشویش میں مبتلا رہنے والے شخص میں بعض اعمال وافعال کی تکمیل سرعت سے ہوتی ہے۔ جن افراد میں تشویش نہیں پائی جاتی ان کے لیے کسی اجنبی سے گفتگو کرنا، بھیڑ کا ایک حصہ بن جانا، تنہائی شور و غل، اندھیرا اور اس طرح کی ہزاروں دوسری چیزیں قطعی بے اثر ہوتی ہیں (یعنی ان سے ان کو غیر معمولی نوعیت کی پریشانی نہیں ہوتی) لیکن ایک ایسے شخص میں، جو تشویش کی طرف مائل ہو، وہی عوامل خوف یا خوف سے دفاع کا جوابی عمل پیدا کر سکتے ہیں۔ یہ جوابی اعمال جلد ختم نہیں ہوتے، ان میں برقرار رہنے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ عصباتی مریض کی علامتیں اور دفاعی جزوی طور پر تدبیریں اس لیے پیدا ہوتی ہیں کہ تشویش کے محرکے کے باعث وہ ایسے طرز عمل اختیار کرتا ہے جو غیر تطبیقی ہوتے ہیں یا ناقص مطابقت پیدا کرتے ہیں۔ اس نقطۂ نظر سے عصبی اختلال کا مطلب ہے ناپسندیدہ جذباتی عادتوں کو غیر ضروری حد تک سیکھ لینا (Overlearning)۔ غیر ضروری حد تک سیکھنے کا عمل شدید محرکاتی کیفیت سے ترغیب حاصل کرتا ہے۔ اگر محرکاتی کیفیت بہت شدید ہو تو اس سے آموزش کی ہر قسم میں مدد نہیں ملتی۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ شدید محرکاتی کیفیت میں (غلط و صحیح) اشیا کی اعلا درجے کی تمیز ممکن نہیں ہوتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ شدید تشویش میں مبتلا رہنے والے شخص کے لیے خوف پیدا کرنے والے عوامل کو ان عوامل سے علاحدہ کرنا مشکل ہو جاتا ہے جو خطرے کا سبب نہیں ہیں اور جن سے اُسے ڈرنا نہیں چاہیے۔

مشوش عصباتی مریض کے خلاف سماجی مریض (Sociopath) نارمل افراد کی بہ نسبت زیادہ سست رفتاری کے ساتھ سیکھتا ہے (Lykken 1957)۔ اس کی تشویش کی سطح غیر ضروری حد تک کم ہو جاتی ہے اس لیے وہ ان عادتوں اور طور طریقوں کا کامیاب اکتساب نہیں کر سکتا جو سماج سے مطابقت پیدا کرنے کے لیے ضروری ہوتی ہیں۔ عصباتی مریض اور سماجی بے راہ روی میں مبتلا افراد کچھ پہلوؤں سے ایک دوسرے کے بالکل برعکس ہوتے ہیں۔ نارمل فرد ان کے درمیان آتا ہے۔

اگر آموزش کے لیے مناسب صلے کا استعمال کیا جائے تو یہ آموزش بذریعہ سزا کے مقابلے میں کہیں بہتر ہوتی ہے۔ سزا کے ذریعے کسی جوابی عمل کو عارضی طور پر ہی روکا جا سکتا ہے خصوصاً

اس صورت میں جب سزا بہت شدید نہ ہو۔ معمولی درجے کی سزا کے ذریعے جس جوابی عمل کو روکا گیا ہے وہ پھر پیدا ہو جائے گا بشرطیکہ متعلقہ فرد میں اس عمل کے لیے شدید نوعیت کا محرک موجود ہو اور اس محرک کی تسکین کی کوئی دوسری صورت نہ ہو یہی وجہ ہے کہ حالانکہ عصبانی مریضانہ کردار اپنے ذات کو سزا دینے کے مترادف ہے تاہم یہ کردار برقرار رہتا ہے اس لیے کہ عصبانی مریض نے کسی دوسری قسم کے کردار کو سیکھا ہی نہیں ہے۔ جس شخص کا کردار جارحانہ ہوتا ہے اُسے یوں سزا ملتی ہے کہ دوسرے اس سے بدلہ لیتے ہیں۔ مرضیاتی خوف (Phobia) کے مریض کی یہ سزا ہوتی ہے کہ وہ ہمہ وقت خوف کی انتہائی ناخوشگوار کیفیت سے دوچار رہتا ہے اور تحویلی ردعمل (Conversion reaction) کے مریض کی سزا یہ ہوتی ہے کہ اس کی آزادی کو خود اس کی اپنی علامتیں محدود کر دیتی ہیں۔ اس کے باوجود یہ علامتیں اور کردار جاری و ساری رہتے ہیں اس لیے کہ عصبانی مریض نے مضطرب رہنے کے علاوہ کچھ سیکھا ہی نہیں ہے۔

بہت ہلکی سزا کبھی کبھی نئے جوابی اعمال کو سیکھنے اور پھر انھیں قائم رکھنے کے لیے تقویت بخش بھی بن جاتی ہے۔ اگر کسی بھوکے کتے کو ہلکے سے برقی صدمے کے بعد کھانا دیا جائے تو وہ برقی صدمے کو کھانے کی ابتدائی علامت سمجھنے لگتا ہے اور اس سے بچنے کے لیے کوئی قدم نہیں اٹھاتا۔ بچوں کو ہلکی سی سوئی چبھونے کے بعد غذا دی جائے تو وہ اس عمل کی مزاحمت کرنا بند کر دیتے ہیں۔ اگر کسی شخص کی جنسی تسکین ابتدا میں تکلیف دہ حالات کے تحت ہو تو وہ تکلیف دہ تجربات (مثلاً کوڑے مارنا) سے جنسی لذت حاصل کرنے کی مسوکی (Ma) عادت سیکھ لیتا ہے۔ یہ بھی کہا جاتا ہے کہ کچھ لوگوں میں حادثہ میں مبتلا ہونے کا میلان اس لیے پایا جاتا ہے کہ انھیں سزا سے ایک قسم کا سرور حاصل ہوتا ہے۔ شاید اس لیے کہ چوٹ لگنے کے بعد انھیں ہر شخص کی توجہ حاصل ہوتی ہے۔

دوسری طرف ایسا بھی ہو سکتا ہے کہ اگر سزا بہت سخت ہو تو جس فعل و عمل کے لیے سزا دی گئی ہے۔ اس کے علاوہ بھی بہت سے دوسرے اعمال و افعال سے گریز کیا جانے لگے۔ حوائج ضروریہ کی تربیت اس کی واضح مثال ہے۔ اگر اس تربیت کے لیے سخت سزا کا استعمال کیا جائے تو ہو سکتا ہے کہ ہر اس چیز سے جذباتی گریز کیا جانے لگے۔ جو اخراج کے عمل سے دور کا واسطہ رکھتی ہے اور اس کے نتیجے میں انتہائی درجے کا نظم و ضبط اور صفائی کا ردّ عمل پیدا ہو جائے۔

ڈالرڈ اور ملر (Dauard and Miller 1950) نے آموزش کے اصولوں کے تحت عصبانی کردار کی وضاحت کی ہے۔ ان کا کہنا ہے کہ اگر شہوت اور جارحیت کی تسکین کرنے

والے اعمال و افعال کے لیے بچپن میں سخت سزا دی جائے تو ان سے تعلق رکھنے والی تمام اشیا خوف کے جذبے سے منسلک ہو جاتی ہیں۔ اس خوف کے ذریعے کچھ ایسی حرکات کو ترغیب ملتی ہے جو مذکورہ بالا محرکات کی تسکین کرنے والے سزا یافتہ جوابی اعمال سے قطعی موافقت نہیں رکھتیں۔ بچہ جنس کے متعلق تجسس کا اظہار کرتا ہے۔ اگر اس تجسس کے لیے اس کو سخت سزا دی جائے تو وہ جنس سے تعلق رکھنے والی اشیا کو خوف سے وابستہ کرنے لگتا ہے۔ اس کا خوف اُسے جنسی خیالات، فعل و عمل اور جنسی محسوسات کو دبا دینے کی ترغیب دیتا ہے۔ یہ اقتباسات مستقبل میں جاری رہتے ہیں۔ ان کی وجہ سے مخالف صنف کے افراد کے ساتھ نارمل تشفی بخش تعلقات پیدا کرنے میں اڑچن پڑتی ہے۔ عصباتی مریض میں پائی جانے والی بندشوں ((Inhibitions)) کی وجہ سے اس کے محرکات تشنہ رہ جاتے ہیں۔ ان کی وجہ سے اکٹھا ہونے والا تناؤ ذہنی اذیت کا باعث بنتا ہے۔ چونکہ خوف کی وجہ سے وہ اپنی خواہشات اور محسوسات کو دبا دیتا ہے اس لیے اس میں سماجی حالات یا دوسرے ہیجوں کو مناسب طور پر میسر کرنے اور سمجھنے کی صلاحیت نہیں رہ جاتی۔ اس کے لیے تکلیف دہ کیفیات سے میسر کرنا اور غیر حقیقی خوف سے پیچھا چھڑانا مشکل سے مشکل تر ہوتا جاتا ہے۔ وہ ایک ایسے خطرناک چکر میں پھنس جاتا ہے جہاں آموزش کے نتیجے میں ایسی عادتیں پلّے پڑ جاتی ہیں جو حالات سے مطابقت پیدا کرنے میں قطعی کوئی مدد نہیں کرتیں۔ یہ ناقص عادتیں یا جوابی اعمال ان جوابی اعمال کو سیکھنے کی راہ میں اڑچن ڈالتے ہیں جو تطبیق کے لیے ضروری ہیں۔

اختلال کا فوری سبب بننے والا نفسیاتی دباؤ (PRECIPITATING PSYCHOLOGICAL STRESS)

ہو سکتا ہے کہ ایک شخص کو جسے شدید قسم کی کشاکش، احساسِ نامرادی، غیر یقینی حالات، محرومی یا خطروں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ ان نامساعد حالات سے فرار کی کوئی راہ نہ سوجھے۔ اس کا لازمی نتیجہ دباؤ (Stress) کی کیفیت سے ظاہر ہوگا۔ میدان جنگ میں لڑنا، سنگین بیماری، خطرناک لیکن ضروری آپریشن کا امکان، غذا کی کمی کا خطرہ، بچپن میں محبت و شفقت سے محرومی، ناقابلِ تلافی سماجی علاحدگی، عزت نفس کا شدید نقصان، یہ تمام حالات سخت نفسیاتی دباؤ ڈالتے ہیں۔ (کبھی کبھی ایک واحد تجربہ نامرادی، محرومی اور کشاکش بیک وقت سب کا ذریعہ بن جاتا ہے۔ نامرادی اور محرومی، یہ الفاظ اکثر ایک دوسرے کے متبادل ہو سکتے ہیں۔ بچے کو شفقت سے محروم کر دیا جائے تو اس کی محبت پانے کی ضرورت تشنہ رہ جاتی ہے۔ اس لیے اس کی ضرورت

اور معاندانہ خواہشات میں کشاکش پیدا ہو سکتی ہے)

دباؤ میں شدت کے لحاظ سے فرق پایا جاتا ہے۔ شدت کا انحصار کئی عوامل پر ہوتا ہے۔

(۱) دباؤ اس وقت زیادہ شدید ہوتا ہے جب کوئی اہم ضرورت تشنہ رہ جائے۔ ضرورت زیادہ اہم نہ ہو تو دباؤ کی شدت بھی کم ہوتی ہے۔ (۲) جب احساس نامرادی (Frustration) محرومی یا دباؤ کا کوئی اور سبب خاصی طویل مدت تک برقرار رہ جائے اور (۳) جب دباؤ پیدا کرنے والے واقعات ایک کے بعد ایک یوں رونما ہوتے رہیں کہ پہلے صدمے سے اوسان بحال کرنے کا وقت بھی نہ مل سکے کہ دوسرا رونما ہو جائے۔ دباؤ میں معروضی اور حقیقی خطرے شامل ہو سکتے ہیں اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ فرد خطرہ محسوس کرے حالاں کہ حقیقت میں کوئی خطرہ موجود نہ ہو۔ محسوس کیے جانے والے خطرے یا محرومی میں جتنی شدت ہوگی، صورت حال اسی قدر دباؤ ڈالے گی خواہ یہ خطرہ معروضی طور پر صحیح ہو یا نہیں۔ ایک اوسط درجے کی لیکن اچانک پیدا ہونے والی تبدیلی جو صورتِ حال کو بدتر بنا دے، تباہ کن ثابت ہوتی ہے۔ مثال کے طور پر ایک مالدار شخص کو لیجیے جس کا اچانک مالی نقصان ہو جاتا ہے اور وہ خودکشی کر لیتا ہے حالاں کہ اس نقصان کے بعد بھی وہ غریب سے کوسوں دور تھا۔ (اس کے برعکس کسی خراب صورت حال میں معمولی سی بہتری بڑی امید و رجائیت پیدا کر سکتی ہے)۔

یکے بعد دیگرے رونما ہونے والے پُر دباؤ حالات کا وقتی تناسب شخصیت کی نشوونما میں بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ ایک مرتبہ ایک دس سالہ بچہ اچانک اضمحلال (Depression) کا شکار ہو گیا۔ اسکول میں اس کی کارکردگی ناقص ہو گئی اور اس کی نیند میں بہت کمی آ گئی۔ چھان بین سے پتہ چلا کہ وہ اپنی دادی سے بہت مانوس تھا۔ ایک دن دادی سے اس کا معمولی سا جھگڑا ہو گیا جس کے بعد اُسے خیال ہوا کہ دادی اگر مر جائیں تو بڑا اچھا ہو۔ اتفاق سے اُسی دن دادی کا انتقال ہو گیا۔ یہ بچہ خاصہ ذہین تھا۔ اُسے اچھی طرح معلوم تھا کہ دادی کی موت میں اس کا کوئی ہاتھ نہیں ہے لیکن اس کے بعد بھی وہ احساس جرم سے پیچھا نہیں چھڑا پا رہا تھا۔ علاحدہ علاحدہ ان تینوں واقعات (یعنی دادی سے جھگڑا، ان کی موت کی خواہش اور ان کی حقیقی موت) میں سے کوئی بھی واقعہ اتنا شدید نہیں تھا کہ اس کو برداشت نہ کیا جا سکے لیکن ان تینوں کا یکے بعد دیگرے رونما ہونا اس بچے کے لیے ناقابل برداشت ہو گیا۔

جانوروں پر کیے جانے والے تجربوں سے بھی اس بات کا پتہ چلا ہے نفسیاتی دباؤ سے ابنارمل

کردار کی ابتدا کیوں کر ہوتی ہے۔ 1914ء میں پاؤلوو (Pavlov) کے ایک طالب علم نے ایک کتے کی دائرے اور بیضوی شکل میں تمیز کرنے کی صلاحیت کی جانچ کی۔ کتے کو تربیت دی گئی کہ جب اُسے ایسا کارڈ دکھایا جائے جس پر دائرہ بنا ہوا ہو تو وہ کھانا ملنے کی توقع میں لعاب دہن خارج کرے لیکن اگر کارڈ پر بیضوی شکل ہو تو وہ کھانے کی توقع نہ کرے اور لعاب دہن خارج نہ ہو۔ غلطی کے لیے کوئی سزا مقرر نہیں کی گئی۔ بیضوی صورت رفتہ رفتہ دائرہ نما بنایا جاتا رہا۔ جب یہ دائرے سے اس قدر مشابہ ہوگئی کہ کتے کے لیے دونوں میں تمیز کرنا ممکن نہ رہا تو کتے کے کردار میں اچانک تبدیلیاں آگئیں پہلے وہ تجرباتی ساز و سامان کے درمیان خاموشی سے کھڑا رہتا تھا۔ اب اس نے بھونکنا اور ادھر اُدھر بھاگنا شروع کر دیا۔ لعاب دہن بے قاعدہ طور پر خارج ہونے لگا۔ اس نے کھانا بھی چھوڑ دیا۔ اس کے علاوہ تجربہ گاہ میں خاموشی سے چلے آنے کی بجائے اس نے وہاں آنے اور اس تکلیف دہ امتحان سے گزرنے سے گریز کرنا شروع کر دیا۔ اس کے علاوہ اشیا کو پہچاننے کے معمولی سے ٹسٹ میں اس کی کارکردگی انتہائی ناقص ہوگئی۔ کافی عرصے کے لیے تجربہ بند کر دیا گیا اور اس کو طویل مدت تک آرام دیا گیا لیکن اس کے بعد بھی جب اس کو تجربہ گاہ میں لایا جاتا تو وہ ساز و سامان کو دیکھ کر بے چین ہو جاتا تھا۔ کشمکش اور مایوسی کے احساس نے اس کے اکتساب شدہ کردار اور نئی چیزیں سیکھنے کی صلاحیت کو اس قدر متاثر کیا کہ اس کی اس کیفیت کو تجرباتی عصباتی اختلال کا نام دیا گیا۔

لڈل (Liddle 1952-54-60) نے بکریوں اور بھیڑوں پر ساختہ جوابی عمل (Conditioned responses) کے کچھ تجربے کیے اور دریافت کیا کہ اگر تجربہ گاہ میں ہونے والے ٹسٹ کی مدت اور تعداد کو اچانک دوگنا کر دیا جائے تو جانوروں میں شدید ہیجان کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جس کی وجہ سے مزید ٹسٹ ناممکن ہو جاتے ہیں۔ ہیجان کی کیفیت کے تحت ان کے جسم سر اور پیروں میں مسلسل حرکت پیدا ہوگئی۔ سانس کی آمد و رفت تیز اور بے قاعدہ ہوگئی۔ حرکت قلب میں بھی اضافہ اور تغیرات پیدا ہوئے۔ بول و براز کے اخراج کی تعداد بڑھ گئی۔ یہ ہیجانی علامتیں رات میں باڑے میں بھی جاری رہیں اور تجربہ گاہ میں لائے جاتے وقت جانوروں نے مزاحمت کی۔ چراگاہ میں ان کے قریب جانے سے وہ جھنڈ سے الگ بھاگ جاتے تھے۔ کردار کا یہ اختلال تجربہ گاہ سے علاحدہ ہو جانے کے تین سال بعد تک باقی رہا۔ یعنی دن کے بیشتر حصے میں چوکنا رہنے سے جانور پر جو دباؤ پڑا وہ کردار میں اختلال پیدا کرنے کے لیے کافی ہوگیا۔

اگر کسی بکری یا بھیڑ کو سامنے کے پیر پر برقی جھٹکا دیا جائے اور اس جھٹکے سے آگاہ کرنے کے لیے اس سے فوراً ہی پہلے ایک سگنل دے دیا جائے تو جلد ہی وہ سگنل کے موصول ہونے پر پیر کو سکیڑنا سیکھ لیتی ہے۔ برقی صدمے کی توقع میں وہ ایسا کرتی ہے۔ لیکن اگر آگاہ کرنے کے لیے یہ سگنل نہ دیے جائیں تو جانور انتہائی طور پر چوکنا اور مشوش رہتا ہے۔ اس کیفیت میں اس کے سانس کی آمدورفت میں چالیس بار فی منٹ سے ایک سو پینتیس بار فی منٹ تک کا اضافہ ہوجاتا ہے۔ خطرے یا کسی شدید ناخوشگوار احساس کی توقع یا آمد کا احساس بذات خود تجربے سے کہیں زیادہ تناؤ پیدا کرتا ہے۔ اسی طرح انسانوں میں سزا کا خوف بذات خود سزا سے زیادہ تکلیف دہ ہوسکتا ہے۔

جانور جب سگنل کے بعد برقی صدمے کی توقع کرنا سیکھ لے اور اس کے بعد اسے صدمہ نہ دیا جائے لیکن سگنلوں کا سلسلہ جاری رہے تو کھڑے رہنے اور انتظار کرنے سے پیدا ہونے والے جذباتی دباؤ میں مزید شدت آجاتی ہے۔ مستقبل کے متعلق غیر یقینی کیفیت اس ناخوشگوار تجربے سے کہیں زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے جو یقینی طور پر متوقع ہوتا ہے۔ بچوں اور تجرباتی جانوروں میں متوقع اور باقاعدہ سزا کی بہ نسبت غیر یقینی اور بے قاعدہ سزا زیادہ خوف اور تشویش پیدا کرتی ہے۔

طویل مدت تک چوکنا رہنے سے جو دباؤ ڈالنے والے اثرات پیدا ہوتے ہیں ان کو بریڈی (Brady 1958) کے تجربات نے بھی واضح کیا ہے۔ اس نے دو بندروں کو لیا ایک تجرباتی اور دوسرا کنٹرول۔ ان دونوں کو خصوصی طور پر تیار کی گئی کرسیوں پر ایک دوسرے کے پاس باندھ دیا گیا۔ بارہ گھنٹوں میں چھ گھنٹے ان دونوں بندروں کو ہلکا برقی صدمہ دیا جاتا تھا۔ یہ صدمہ ہر بیس سیکنڈ پر لگتا تھا لیکن اگر تجرباتی بندر قریب لگے ہوئے سوئچ کو بیس سیکنڈ کے وقفے میں کم از کم ایک مرتبہ دباتا تھا تو برقی صدمہ نہیں لگ پاتا تھا۔ تجرباتی بندر گویا ایک افسر عامل ([illegible]) تھا جس کو مستقل چوکنا و صبردار رہنا پڑتا تھا، فیصلے کرنے پڑتے تھے اور ناخوشگوار تجربے (برقی صدمے) سے خود کو اور اپنے ساتھی کو بچانا ہوتا تھا۔ اس کے اندر معدے کے ناسور کی علامتیں پیدا ہوئیں اور تیئس دن بعد اچانک وہ مرگیا (قارئین کو یاد ہوگا کہ پچھلے باب میں سیلی نے دباؤ کے ردعمل کے تحت نسیجوں کے انحطاط کا ذکر کیا ہے جس میں ناسور بھی شامل ہیں) ان تجربوں کا سلسلہ جاری رہا اور بعد کے کئی تجربوں میں بہت سے 'ایگزیکٹیو' بندر مرے۔ جو بچ گئے تھے ان کے آپریشن سے پتہ چلا کہ ان میں ناسور پیدا ہوچکے تھے جبکہ

کنٹرول بندروں میں سے کسی پر بھی خراب اثرات نہیں ہوئے۔ کیوں کہ برقی صدمہ بہت ہلکا تھا اور یہ دونوں جانوروں کو دیا گیا تھا اس لیے یہ کہا جا سکتا ہے کہ یہ نتائج طویل مدتی ناگہانی سے پیدا ہونے والے تناؤ کی وجہ سے ہی ظہور پذیر ہوئے تھے۔

میسرمین (Masserman, 1961) نے بلیوں پر کچھ تجربے کیے اور ان میں تجرباتی اختلال پیدا کیا۔ اُس نے جانوروں پر کیے جانے والے ان تجربات کے دوران کچھ مشترکہ صفات کا تعین کیا جو جانوروں میں عصبی اختلال کے دوران پائی جانے والی ترغیبی کشاکش اور انسانوں میں شدید جنگی عصبی اختلال (War Neurosis) دونوں میں پائی جاتی ہیں۔ (یہ جنگی عصبی اختلال پہلی جنگ عظیم کے دوران گولہ صدمہ (Shell Shock) کہلایا اور دوسری جنگ عظیم کے دوران اس کو جنگی تھکن (Combat Fatigue) کا نام دیا گیا) شدید جنگی عصبی اختلال کی ابتدا بھی رغبت۔ احتراز کشاکش (Approach Avoidance Conflict) سے ہوتی ہے۔ سپاہیوں میں ایک طرف اپنے فرائض پورے کرکے سُرخ رُو ہونے اور دوسروں کی ستائش حاصل کرنے کی خواہش ہوتی ہے اور دوسری طرف موت کا خوف ہوتا ہے۔ دورانِ جنگ پیدا ہونے والے ذہنی امراض کے اور دوسرے سبب بھی ہوتے ہیں۔ مثلاً طویل مدت تک نیند سے محرومی۔ جنگ کے دوران شدید حسیاتی ہیجان، دُور افتادہ چوکیوں میں طویل مدت تک تنہا رہنا اور دوستوں و کنبے کے افراد کی جدائی وغیرہ وغیرہ۔ جانوروں میں تجرباتی طور پر جو اختلال پیدا کیا جاتا ہے وہ انسانوں کے اختلال سے مکمل طور پر نہ سہی لیکن جزوی طور پر ضرور مشابہ ہے۔

عمومی طور پر جانوروں کے مطالعے سے ظاہر ہوا ہے کہ اگر مطلوبہ آموزش بہت مشکل اور حوصلہ شکن ہو۔ اس میں شدید توقع، انتظار و بے خبری کی مدت بہت طویل ہو۔ فرد کو غیر یقینی اور ناموافق صورت حال کا سامنا کرنا پڑے۔ یا متضاد تحریکیں رونما ہو جائیں خصوصیت سے رغبت۔ احتراز کشاکش تو جانوروں کا کردار منتشر اور نارمل سے منحرف ہو جاتا ہے۔

احساسِ نامرادی، تسکین کی زیادتی اور دفاع

جو اعمال و افعال احساسِ نامرادی کو کم کرتے ہیں ان کو تقویت ملتی ہے اس لیے کہ

احساسِ نامرادی سے پیدا ہونے والے تناؤ اور تشویش میں کمی ایک خوشگوار صورتِ حال ہے۔
اس صورت حال کے تحت متعلقہ جوابی عمل تقویت پاکر عادت بن جاتا ہے۔ یہ عادت ان حالات میں بھی برقرار رہتی ہے جو اس کردار کو اولین تقویت پہنچانے والے حالات سے قطعی مختلف ہوتے ہیں۔ چوتھے باب میں ہم نے جن دفاعی تدبیروں کا ذکر کیا ہے، ان میں واقعات حسب ذیل ترتیب میں رونما ہوتے ہیں۔ دفاعی میکانیہ (Defense mechanism) احساس نامرادی پیدا کرنے والے حالات میں بروئے کار ہوتا ہے۔ کیوں کہ یہ تناؤ اور تشویش کو کم کرتا ہے اس طرح اس کو تقویت ملتی ہے۔ تجربوں سے ظاہر ہو چکا ہے کہ اس شخص میں کردار کی ترکیز ہو سکتی ہے جو شدید احساس نامرادی میں مبتلا ہو۔ یعنی ایسا شخص کردار کی مزید صورتوں کو سیکھنے سے انکار کر دیتا ہے اور ایک ہی طرز پر نامناسب حد تک سختی سے کاربند رہ جاتا ہے۔ میئر (Maier 1949) نے کچھ چوہوں کے سامنے ہلکے اور گہرے رنگ کے کارڈ رکھے اور انھیں ایک دوسرے سے ممیز کرنے کی تربیت دی۔ یہ دونوں کارڈ پاس پاس رکھے جاتے تھے۔ ان میں سے ایک کارڈ کے سامنے کی کھڑکی سے چوہوں کو کودنا ہوتا تھا۔ صحیح کھڑکی میں کودنے پر ان کو بطور انعام کھانا دیا جاتا تھا۔ اس کے بعد میئر نے چوہوں کو محرومی سے دوچار کرنے کے لیے کھانے کو مخصوص کھڑکی پر رکھنا بند کر دیا۔ چوہوں کو کھانا کبھی اِدھر ملتا کبھی اُدھر۔ اس ناقابل عبور مسئلے کا سامنا کرنے پر چوہوں نے لگے بندھے طریقے سے ایک ہی طرف کودنا شروع کر دیا خواہ انھیں کھانا ملے یا نہیں، کئی چوہوں میں تو کردار کی یہ ترکیز اس وقت بھی جاری رہی جب دوسری کھڑکی میں کھانا ان کی نگاہوں کے سامنے رکھ دیا گیا۔

یہ بات مصدقہ طور پر واضح ہو چکی ہے کہ انسانوں کی ضروریات کی مناسب تکمیل ہو تو اس سے آئندہ زندگی میں پختگی اور جذباتی استقلال پیدا ہوتا ہے اور سخت قسم کی دفاعی تدبیروں کو کردار میں جگہ نہیں ملتی ہے۔ اس کے برعکس اگر ضروریات کی تسکین نامناسب حد تک کی جائے اور بچے کو غیر ضروری لاڈ پیار ملے تو جذباتی عدم توازن اور ناپختگی جیسے خواص پیدا ہوتے ہیں۔ یہی خواص اس وقت بھی پیدا ہوتے ہیں جب انسان شدید احساسِ نامرادی کا شکار ہو جائے اور اسے دوسروں کی محبت، شفقت اور توجہ حاصل نہ ہو سکے۔ نشو و نما کی کسی مخصوص منزل میں اگر ایک شخص کو بار بار خوشگوار صلے حاصل ہوتے رہیں تو وہ آگے کی منزل سے تعلق رکھنے والے کرداروں کو سیکھنے کی پروا نہیں کرتا۔ لاڈ پیار میں بچوں کی جانی پہچانی حرکتیں اس کی ایک واضح مثال ہیں۔ لاڈ میں بگڑے ہوئے بچے میں خودمختاری اور اپنے پیروں پر کھڑے ہونے

کی خواہش نہیں پیدا ہوتی اس لیے کہ وہ دوسروں پر ضرورت سے زیادہ تکیہ کرتا ہے اور اس کے اس طرزِ عمل کی ہمت افزائی کی جاتی ہے۔

والدین بچوں کے لیے جس غیر ضروری محبت کا اظہار کرتے ہیں اس میں اکثر (لاشعوری طور پر) بچوں سے احتراز کا جذبہ پوشیدہ ہوتا ہے۔ والدین غیر ضروری پیار کا اظہار اس لیے بھی کرسکتے ہیں کہ بچہ ہمیشہ "بچہ" بنا رہے اور اس میں پختگی کی جو صلاحیتیں پوشیدہ ہیں ان کی نشوونما نہ ہوسکے۔ کہیں کہیں ایسا بھی ہوتا ہے کہ ماں باپ دوسروں کے سامنے انتہائی محبت کا مظاہرہ کرتے ہیں لیکن تنہائی میں بچے پر کوئی توجہ نہیں دیتے اس طرح بچے کو دو قطعی متضاد حالات کے ساتھ مطابقت پیدا کرنی ہوتی ہے۔ ایک مرتبہ ایک ماں اپنے چار سالہ بچے کو کلنک لائی۔ اس بچے کو بھیانک خواب آتے تھے، جانوروں اور لوگوں کا مرضیاتی خوف تھا اور غلط انداز کی غذائی عادتیں تھیں۔ انٹرویو کے دوران ماں بچے کی طرف دیکھ کر مسکراتی رہی، محبت آمیز لہجے میں بات کرتی رہی اس کو تھپتھپاتی اور یہ یقین دلاتی رہی کہ جلد ہی یہاں سے باہر چلیں گے (کیوں کہ بچہ سخت اکتاہٹ محسوس کر رہا تھا اور بے چین تھا)، پرس سے نکال کر اس کو مٹھائی بھی دی لیکن جب وہ بچے کے ساتھ اسپتال کی عمارت سے باہر جا رہی تھی تو اس کو کہتے سنا گیا "آخر میں تمھارا کیا کروں؟ تم میرے لیے باعث شرم ہو" اس کی آواز اور لہجے میں غصہ تھا اور وہ اس کو سیڑھیوں سے تقریباً گھسیٹتی ہوئی لے جا رہی تھی۔ اس بچے کی ماں نے اس کے لیے جو جذباتی مسائل پیدا کر دیے تھے ان کو نارمل کردار کے ذریعے حل نہیں کیا جاسکتا تھا۔

بچوں کے ساتھ برتاؤ کا ایک طرز وہ بھی ہے جس میں احساس نامرادی پیدا کرنے والے برتاؤ کے بعد بچے سے محبت کا اظہار کیا جاتا ہے۔ سیرز، میکوبی، اور لیون (Sears, Maccoby and Levin 1957) نے دیکھا کہ کچھ مائیں پہلے تو بچے کو ڈانٹتی اور اس سے پیچھا چھڑاتی ہیں لیکن اس کے بعد اس کی تمام خواہشیں پوری کر دیتی ہیں۔ ایسی ماؤں کے بچوں میں دوسروں پر انحصار کا رجحان سب سے زیادہ ہوتا ہے۔ یہ بچے ماں باپ کو چمٹے رہتے ہیں، چاہتے ہیں کہ ہر وقت انھیں گود میں لیے لیے پھریں اور اپنے تمام مسائل کے لیے دوسروں کی مدد چاہتے ہیں۔

بچے کو نظر انداز کیا جائے یا اس کی ضروریات کو غیر ضروری حد تک پورا کیا جائے۔ پرورش کے ان دونوں طریقوں میں تقویت کے خصوصی عوامل موجود ہوتے ہیں۔ شاذ و نادر ہی کسی شخص کو کلی طور پر نظر انداز کیا جاتا ہے اس لیے نظر انداز کیے جانے والے بچے کو بھی کبھی کبھی کوئی خوشگوار صلہ حاصل ہو جاتا

ہے۔ گویا اس کو وقفے وقفے سے نوازا جاتا ہے۔ کیوں کہ غیر مسلسل یا جزوی تقویت (Intermittent reinforcement) ایسی عادتوں کو پیدا کرتی ہیں جو معدوم نہیں ہو سکتیں اس لیے نظرانداز کیے جانے اور احساسِ نامرادی میں مبتلا رہنے سے نشوونما کے کسی مرحلے کے دوران ترکیز کا پیدا ہوجانا قطعی تعجب خیز نہیں ہے۔ اگر کوئی بچہ ماں سے دور اور توجہ کا طالب ہے لیکن اس کا یہ مطالبہ برابر مسترد کیا جاتا رہتا ہے تو ہوسکتا ہے یہ بچہ اس وقت بھی ماں سے مدد مانگتا رہے جب کہ اس کی یہ عادت قطعاً ناموزوں ہو۔ اس نتیجے کے امکانات اس وقت مزید بڑھ جاتے ہیں جب یہ بچہ خود منحصر ہونے کی کوشش کرنے لگے لیکن اس کی اس کوشش کے لیے اُسے مناسب صلہ نہ حاصل ہو۔ دوسروں پر تکیہ کرنے کے رجحان کی جزوی تقویت اور اسی کے ساتھ خود مختاری کے رجحان کی صلہ شکنی دوسروں پر منحصر رہنے کے رجحان کی ترکیز کا سبب بن جاتی ہے۔

دوسری طرف اگر فرد کی ضروریات کی تکمیل مناسب حدود کو تجاوز کرنے کے بجائے وہ کچھ عادتوں کو غیر ضروری حد تک اختیار کر لیتا ہے۔ ان عادتوں کو ملنے والی تقویت اتنی شدید ہوتی ہے اور اتنی ابتر بہم پہنچائی جاتی ہے کہ نئے طرزِ عمل زیادہ قوت حاصل نہیں کر پاتے۔ اس طرح والدین اور دوسرے لوگوں کی بے رخی سے پیدا ہونے والا احساس نامرادی اور بے جا لاڈ پیار دونوں ہی ترکیز کا سبب بن جاتے ہیں۔

نفسیاتی محرومی

نفسیاتی محرومی کی کئی قسمیں ہیں۔ دہانی محرومی (Oral deprivation)، ماں کی شفقت سے محرومی، دوسروں کی مدد حاصل کرنے سے محرومی، حسی محرومی (Sensory Deprivation) اور سماجی محرومی (سماج سے علاحدگی) ان محرومیوں کی اہم صورتیں ہیں۔ لیوی (Levy 1928-34) نے دہانی محرومی کی وضاحت کی ہے۔ اس کے نتیجے میں بچوں میں حسی قسم کا کردار پیدا ہوجاتا ہے۔ اس پر روشنی ڈالی ہے۔ اس نے دریافت کیا کہ بچوں کی جس جماعت کو چوسنے سے محروم کردیا گیا تھا اس میں پچیس بچوں نے انگوٹھا چوسنا شروع کردیا اور جس جماعت کو محروم نہیں کیا گیا تھا اس کے کسی بچے میں یہ کردار نہیں پیدا ہوا۔ ایک اور تحقیقی مطالعے میں لیوی نے دریافت کیا کہ کتے کے جن ننھے بچوں کے چوسنے کے عمل پر پابندی لگادی گئی تھی وہ ایک دوسرے کے جسم کو چباتے تھے اور ان کی طرف پیار سے انگلی بڑھائی جاتی تو اُسے چوسنے لگتے تھے۔ یہ عمل کنٹرول جانوروں میں

بہت کم تھا۔ کنٹرول جانوروں کو مناسب حد تک چوسنے کی اجازت تھی۔ دوسرے محرکوں کی طرح دہانی محرک کے میں بھی ایک عمل سے دوسرے عمل کی طرف منتقل ہوجانے کی صلاحیت موجود ہے۔ ایسا جب ہوتا ہے جب بنیادی عمل پر بندش لگا دی جائے۔

ایّام طفولیت میں ماں کی شفقت اور نگہداشت سے محروم ہوجانے کی وجہ سے جس ذہنی تکلیف کا سامنا کرنا ہوتا ہے اس پر کئی تحقیق کی گئی ہیں۔ ربل (Ribble 1944) نے چھ سو بچوں کا مطالعہ کیا اور دریافت کیا کہ جو مائیں خود جذباتی طور پر پریشان ہوتی ہیں وہ اپنے بچوں کی مناسب نگہداشت نہیں کر پاتی ہیں۔ نتیجے میں بچوں کے حواس خمسہ کو ضروری تحریک نہیں ملتی ہے۔ ایسے بچوں میں انکار کا رجحان پیدا ہوجاتا ہے۔ ان سے جو کہا جائے وہ اس کے برعکس کرتے ہیں۔ وہ ماں کا دودھ پینے سے انکار کرتے ہیں۔ ہاتھ پیر اکڑا لیتے ہیں۔ گہرے سانس نہیں لیتے اور اکثر انھیں قبض کی شکایت ہوجاتی۔ اس کے علاوہ ان میں مراجعت (Regression) کا رجحان بھی پایا جاتا ہے۔ ان کے اندر بے حسی اور افسردگی پیدا ہوجاتی ہے۔ کھانے میں دلچسپی نہیں لیتے۔ ان کے عضلاتی اور اضطراری جوابی عمل میں کمی آجاتی ہے۔ مراجعت کی انتہائی صورت وہ ہوتی ہے جب بچے کا جسم زیادہ پھیل جاتا ہے وہ انتہائی سست ہوکر اپنی صلاحیتیں کھونے لگتا ہے یہ بیماری (Marasmus) مارسمس کہلاتی ہے۔

ربل نے اپنے بیانات میں اعداد و شمار نہیں پیش کیے اسپیٹز (Spitz 1940) نے بھی ایسے ہی نتائج پیش کیے ہیں اور اس کا مطالعہ زیادہ منضبط تھا۔ اس نے دو جماعتوں پر تحقیق کی۔ ایک جماعت ان بچوں کی تھی جو پیدا ہوتے ہی لاوارث بچوں کے ادارے میں پہنچا دیے گئے تھے۔ ان کی نگہداشت ایک نرس کے سپرد تھی جس کے برتاؤ میں اپنائیت کا فقدان تھا۔ اس کے علاوہ اس کے ذمے بہت سے کام تھے اس لیے وہ ہر بچے کو معقول وقت بھی نہیں دے سکتی تھی۔ دوسری جماعت ان بچوں کی تھی جو نرسری میں رکھے گئے تھے لیکن ان میں سے ہر بچے کے پاس اس کی اپنی ماں جاتی تھی اور اس کی دیکھ بھال کرتی۔ دونوں جماعتوں کی جسمانی نگہداشت اعلا پیمانے کی تھی۔ دو سال کے مسلسل مشاہدے اور جانچ سے پتہ لگا کہ لاوارث بچے نرسری کے بچوں کے مقابلے میں جسم، ادراک، حافظے، ذہن کی نشوونما اور سماجی

اطوار کی ترتیب کے اعتبار سے پیچھے ہوتے چلے گئے۔لاوارث بچوں نے دو سال کی عمر تک چلنا، بولنا اور اپنے ہاتھ سے کھانا نہیں سیکھا تھا۔ان کا کردار ایسے شخص کے کردار سے مشابہ تھا جو بے حسی اور ہیجان میں مبتلا ہو اور ذہنی طور پر بھی ناقص ہو۔

اسپٹز اور وولف (۱۹۴۶) نے ایک مطالعے کی رپورٹ دیتے ہوئے بتایا کہ اگر جذباتی محرومی پہلے سال کے اختتام تک نہیں شروع ہوئی ہو (یعنی دیر سے شروع ہوتی ہے) تو اس کے نتیجے میں ظاہر ہونے والے طفلانہ اضمحلال اور نشو ونما میں آجانے والی رکاوٹ کا رخ بدلا جاسکتا ہے۔شرط یہ ہے کہ مادرانہ نگہداشت تین ماہ کے اندر شروع ہوجائے۔لیکن اگر بچے کو زیادہ عرصے تک مادرانہ نگہداشت سے محروم رکھا جائے تو اس کے اندر پیدا ہونے والے انحطاط کا سلسلہ جاری رہتا ہے۔یہ مطالعہ اس اصول کی تصدیق کرتا ہے کہ محرومی کی مدت کے ساتھ ساتھ ذہن پر پڑنے والا دباؤ بھی بڑھتا چلا جاتا ہے۔اس کے علاوہ اس سے جذباتی اختلال کا علاج جلد از جلد شروع کر دینے کی اہمیت پر بھی روشنی پڑتی ہے۔

لڈل (۱۹۵۴) نے جانوروں پر ایک تجربہ کیا اور دریافت کیا کہ اگر ان کے بچوں کو کوئی صبر آزما تربیت دی جائے جس سے سخت تناؤ پیدا ہو اور اس کے دوران انھیں مادرانہ نگہداشت سے محروم کر دیا جائے تو ان میں موت کی شرح بڑھ جاتی ہے اور ان کے کردار پر بھی اس کا اثر پڑتا ہے۔اس نے بھیڑ کے کچھ توام بچوں کو برقی صدمے سے بچنے کی تربیت دی۔اس تربیت کے دوران کچھ بچوں کو تنہا رکھا گیا اور کچھ کو ان کی ماں کے ساتھ۔جن بچوں کو خوف پیدا کرنے والی اس سخت تربیت کے دوران تنہا رکھا گیا تھا وہ چند مہینوں کے اندر مر گئے۔تجربے کے دوران ان میں کردار کے کچھ اختلال بھی ظاہر ہوئے جب کہ ان کے وہ بہن بھائی جن کو تربیت کے دوران ماں کے ساتھ رکھا گیا تھا، دو سال بعد بھی زندہ و صحت مند تھے۔

دوسروں کی مدد حاصل کرنے اور ان پر انحصار کرنے سے محرومی کے اثرات دوسری جنگ عظیم کے دوران ان بچوں میں دیکھے گئے جو شہر خالی کرنے کے سلسلے میں اپنے والدین سے الگ ہوگئے تھے۔اینا فرائڈ اور برلنگم (۱۹۴۳) نے بتایا کہ سب سے زیادہ تکلیف ان بچوں کو ہوئی جن کی عمر ایک سے دو برس کے درمیان تھی۔یہ وہ وقت ہے جب بچہ نفسیاتی طور پر دوسروں کی احتیاج کی انتہا پر ہوتا ہے۔بچوں نے والدین سے عا

ہوتے وقت وحشیانہ طور پر احتجاج کیا۔ جب ان کی چیخ و پکار کا کوئی اثر نہیں ہوا تو وہ شدید اضمحلال کا شکار ہوگئے۔ یا تو انھوں نے ماحول کے تئیں قطعی بے حسی اختیار کرلی یا اس شخص پر کلّی انحصار کرنے لگے جو ان کی ضروریات کی دیکھ بھال پر مامور تھا۔ واحد استثنائی صورت ان بچّوں کی تھی جو (کچھ اسباب کی بنا پر) شروع ہی سے اپنی ماں سے زیادہ مانوس نہیں تھے۔ کیوں کہ وہ ماں پر زیادہ انحصار نہیں کرتے تھے اس لیے انھیں نسبتاً کم تکلیف ہوئی۔

ناکافی حسّی تحریک اور سماجی محرومی یا علاحدگی بھی محرومی کی کچھ صورتیں ہیں۔ حالیہ سالوں میں ان پر بھی کافی تحقیق ہوئی ہے اور یہ ایک دوسرے سے مربوط ہیں۔ سماجی علاحدگی کے ساتھ اکثر خارجی جیسی تحریک کی کمی یا بیرنگی ضرور پائی جاتی ہے۔ سماج سے علاحدگی نارمل فرد میں بھی نفسی، مرضیاتی ردّعمل پیدا کرسکتی ہے۔

ہیرن بیکسٹن اور ہیب (۱۹۵۳) نے ایک تجربہ کیا جس میں کالج کے طلبا کو ایک آرام دہ بستر پر آنکھوں، کان اور ہاتھوں کے عمل پر رکاوٹ ڈال کر لیٹے رہنا تھا۔ اس کام کے لیے انھیں بیس ڈالر روزانہ دیے گئے۔ انھیں محض حوائج ضروری کے لیے اُٹھنے کی اجازت تھی یا پھر کھانا کھانے کے لیے۔ ایسا اس لیے کیا گیا تھا کہ خارجی دنیا کے ادراک کو کم سے کم کیا جاسکے۔ زیادہ تر افراد اس تجربے کو محض دو یا تین دن برداشت کرسکے۔ اس کی آخری حد چھ دن تھی۔ اس کا اثر یہ ہوا کہ متعلّقہ افراد کی مسائل کو حل کرنے کی صلاحیت میں نمایاں کمی آگئی انھیں مستقل طور پر واضح بصری تصویریں رقص کرتی دکھائی دیتی تھیں اور وہ فریب ادراک کا شکار بن گئے تھے۔

طویل مدّت تک کسی شخص کو گوشہ نشین بنا دیا جائے تو وہ انسانی رشتوں کی کمی کو پورا کرنے کے لیے یہ تصوّر کرنے لگتا ہے کہ اس کے آس پاس دوسرے افراد موجود ہیں۔ وہ ان سے بات چیت کرتا، کھیلتا اور لڑائی جھگڑے کرتا ہے۔ جیسے جیسے وقت گزرتا جاتا ہے وہ اپنے تصوّرات کی داخلی دنیا میں گم ہوتا جاتا ہے۔ اس کے بعد اگر اس کو گوشہ تنہائی سے کھینچ کر باہر لایا جائے تو ہو سکتا ہے کہ حقیقت سے دوبارہ رشتے استوار کرنے میں اُسے شدید دشواری کا سامنا کرنا پڑے۔ ایک قیدی (۱۹۵۲) کو اٹھارہ مہینے مکمّل قید تنہائی میں گزارنے پڑے۔ جب اُسے ساتھی قیدیوں کے ساتھ رہنے کی اجازت

ملی تو وہ ان سے بات کرتے ہوئے بھی ڈرتا تھا اس لیے کہ اُسے خوف تھا کہ اگر اس نے ان سے گفتگو کی تو اس کا پاگل پن ظاہر ہو جائے گا۔ کئی دنوں تک وہ دوسروں کو محض بولتے ہوئے سنتا رہا تاکہ اُسے صحیح الدماغی کا عام معیار معلوم ہو جائے۔ اس کے بعد ہی اس نے بولنا شروع کیا۔

قطب شمالی کی طویل رات میں ایک جھونپڑی میں ہفتوں اور مہینوں تک تنہا رہنا بھی ایک ایسا ہی تجربہ ہے جس میں انسانی رابطوں کا فقدان اور حسّی تحریک کی بے رنگی دونوں موجود ہوتے ہیں۔ اس طرح کے تجربوں کے کئی تفصیلی بیان موجود ہیں۔ ان میں بائرڈ اور رِٹر (۱۹۳۸ء، ۱۹۵۴ء) کی تفصیلات خصوصیت سے قابل ذکر ہیں۔ اپنی ایک کتاب "تنہا" (Alone) میں ایڈمرل بائرڈ نے اپنی ڈائری کے کچھ اقتباسات دیے ہیں اور قطب جنوبی کے شدید جاڑوں میں اپنی ساڑھے چار ماہ کی تنہائی کے دوران ذہن میں آنے والے خیالات اور کردار کا تجزیہ کیا ہے۔ تنہائی کے تین ہفتوں کے بعد اس نے لکھا۔

> "سب سے کٹھن وقت صبح کا وقت ہوتا ہے، کسی بھی جگہ، کسی بھی شخص کے لیے دن کا آغاز اندھیرے سے کرنا بہت مشکل ہے۔ لیکن میں تو دوہری شکل میں ہوں۔ آپ کو یہ سمجھنے میں دیر لگے گی لیکن واقعہ یہ ہے کہ سردی اور اندھیرا جسم کو رفتہ رفتہ بے جان بنا دیتے ہیں۔ ذہن کند ہو جاتا ہے اور عصبی نظام کے افعال میں سستی آجاتی ہے۔ آج صبح مجھے تسلیم کرنا پڑا کہ میں تنہا ہوں۔ میں کوشش ضرور کر سکتا ہوں تاہم میری تنہائی ایسی نہیں ہے کہ اسے آسانی سے برداشت کیا جا سکے یہ انتہائی شدید ہے۔ ہاں مجھے اس پر زیادہ نہیں سوچنا چاہیے ورنہ میں ذہنی طور پر ناکارہ ہو جاؤں گا۔"

اس کے دوسرے دن اس نے ایک پیراگراف لکھا جس سے حسّی محرومی کے اثرات کا اندازہ ہوتا ہے۔

> "—— روشنی کی مجھے اسی قدر شدید طلب ہوتی ہے جتنی ایک پیاسے کو پانی کی۔ رات کے ان لامتناہی لمحات میں میری لالٹین ایک زبردست فرق پیدا کرتی ہے۔ مجھے محسوس ہوتا ہے کہ میں ایک دولتمند

انسان ہوں۔"

اس کی قوت متخیلہ کی کارکردگی بہت بڑھ گئی۔ اس نے لکھا

"تاہم ذرا سے تخیل سے کام لے کر میں ہر راستے کو مختلف بنا سکتا ہوں۔ ایک دن میں تصور کرتا ہوں کہ میرا راستہ ایسپ لینڈ سے جو بوسٹن میں بیکن ہل کے آبی چشمے کی طرف ہے۔ وہاں میں اکثر تصور کی آنکھ سے خود کو اپنی بیوی کے ساتھ ٹہلتا ہوا دیکھتا ہوں۔ دریا کے کنارے کنارے میں ان لوگوں سے ملتا جلتا ہوں جنہیں میں جانتا ہوں اور بوسٹن کے موسم بہار سے لطف اندوز ہوتا ہوں۔ راستے میں یکسانیت اور اکتاہٹ آنے کی کوئی ضرورت نہیں ہے۔ ربڑ کے ایک چھلے کی طرح یہ میری ذہنی کیفیت کے مطابق پھیلتا اور سکڑتا جاتا ہے اور میں اس کو زمان و مکان میں آگے پیچھے کر سکتا ہوں"

اس کے بعد اگلے ماہ اس نے لکھا۔

"بے آواز اندھیرے میں تمام حواس خمسہ ایک دوسرے سے الگ کیے جا سکتے تھے۔ یوں تو ذہن بھی الگ تھا لیکن جب ایک حس جامد رہتی تھی دوسری شاہین کی طرح پرواز کرتی تھی۔۔ مجھے یہ بھی محسوس ہوتا ہے کہ گفتگو کے فقدان کی وجہ سے الفاظ کے ذریعے سوچنے میں دقت محسوس ہو رہی ہے۔ کبھی کبھی ٹہلتے وقت میں خود سے بات کرتا ہوں اور الفاظ کو غور سے سنتا ہوں لیکن وہ مجھے کھوکھلے اور نامانوس محسوس ہوتے ہیں۔۔۔

۔۔۔ خاموشی اتنی ہی حقیقی اور اتنی ہی ٹھوس ہے جیسے آواز۔۔۔

میں غائب دماغ ہوتا جا رہا ہوں۔ پچھلی رات میں نے شوربے میں شکر ڈال دی اور جہاں پلیٹ رکھنی چاہیے تھی وہاں چمچہ بھر کھانا ڈال دیا"۔

کرسٹین رٹر (۱۹۵۴ء) نے جو بیک وقت تقریباً ۱۴۰ دن کی مدت تک تنہا رہی تھی بتایا کہ اس میں کئی ادراکی اور وقوفی اختلال پیدا ہوئے۔ اس کو دیو دکھائی دیا اور ماضی کے کئی واقعات فریب [illegible] ...راک بن کر سامنے آ[illegible] اس کو محسوس ہوا کہ وہ چاند کا ایک

حصّہ بن گئی ہے۔ اس میں برف میں گھومتے رہنے کا خطرناک اجباری رجحان پیدا ہوگیا۔

ابنارمل کردار کی تمام صورتوں کی رپورٹ ان افراد سے بھی ملی ہے جنھیں ایک مدّت تک سمندر میں علاحدگی برداشت کرنی پڑی ہے۔ ان کے تجربے سے معلوم ہوا ہے کہ ان افراد میں نفسی مرضیاتی علامتوں کے پیدا ہونے کا امکان بہت کم ہوتا ہے جو جماعتوں کے اندر زندہ رہ جاتے ہیں۔ خواہ یہ جماعت دو یا تین افراد کی مختصر ترین جماعت ہی کیوں نہ ہو۔ جو لوگ تنہا زندہ بچ جاتے ہیں ان میں سے تقریباً سب ہی افراد میں جنون کی علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں۔

اس طرح کے اختلال کے پیچھے جو میکانیہ کارفرما ہوتا ہے وہ دراصل دفاعی افعال کو خارجی طور پر منعکس کرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ ذہنی عمل جو عام طور پر حقائق کے محکوم ہوتے ہیں اور حقائق کے ذریعے ہی ایک لڑی میں پروئے جاتے ہیں، پہلے تصوّرات میں، پھر فریب ادراک میں اور پھر واہموں میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ غیر جاندار اشیا پر داخلی تصوّرات چسپاں کر دیے جاتے ہیں اور پھر یہ ان کے ساتھ گڈمڈ ہو جاتے ہیں۔ قوّت متخیلہ پر زیادہ سے زیادہ انرجی صرف ہونے لگتی ہے۔ نارمل حالات میں یہ انرجی ماحول کے ساتھ عمل و ردِّ عمل میں صرف ہوتی ہے۔

سماجی علاحدگی کے مسئلے میں دل چسپی کوریا کی جنگ کے دوران بہت بڑھ گئی۔ اس زمانے میں دماغ شوئی (Brain washing) زبردستی بے بنیاد اعترافات کرانے اور کمیونسٹ عقائد کو دماغ پر نقش کرنے کی کمیونسٹ تکنیکوں کو سمجھنے کی کوشش کی جا رہی تھی (۱۹۶۱) دماغ شوئی کے لیے جن تکنیکوں کا استعمال کیا جاتا تھا ان میں بڑی حد تک جسمانی معذوری، دوسروں کی احتیاج اور خوف شامل تھے۔ ان کو پیدا کرنے کے جسمانی تکلیف، زخم، نقصِ تغذیہ، بیماری، نیند سے محرومی، علاحدگی سوالات کرنے والوں کے مطالبات پورے نہ کر سکنا، موت کا خوف، اذیت، اعضا کا مسخ کیا جانا، مستقل جسمانی معذوری، اور گھر پر عزیزوں کو نقصان پہنچانے کی حقیقی یا جھوٹی دھمکیوں کے مشترک اثر کا سہارا لیا جاتا تھا۔ سماجی علاحدگی شدید دباؤ ڈالنے والے حیاتیاتی اور نفسیاتی عوامل کا ایک جزو ہوا کرتی تھی۔

مارمر، ہمپیئن اور سینڈلن (۱۹۵۰) نے بتایا ہے کہ ذہنی صحت کے لیے

شخصیت کا استحکام بہت ضروری ہے۔ ساتھ ہی یہ بھی ضروری ہے کہ کسی بھی صورت میں
اس پر بہت زیادہ دباؤ نہ پڑے۔ جن لوگوں کی شخصیت میں استحکام کی کمی ہوتی ہے ان
میں معمولی سا دباؤ شدید نوعیت کا جذباتی انتشار پیدا کرنے کے لیے کافی ہوتا ہے۔ اگر
دباؤ بہت شدید ہو تو اختلال ضرور پیدا ہو جائے گا خواہ متعلقہ فرد کتنا بھی مستقل مزاج
کیوں نہ ہو۔ استحکام جیسے جیسے کم ہوتا ہے۔ ویسے ویسے معمولی سے دباؤ سے پیدا ہونے
والے نفسیاتی اختلال کا احاطہ، مرضیاتی خوف اور جبری وہم مسلّط سے لے کر شخصیتی امراض
اور انتشارِ نفس تک پہنچ جاتا ہے۔ شخصیت مستحکم ہو تو دباؤ بڑھنے کے بعد بھی ذہنی
صحت کو کچھ حد تک قائم رکھا جا سکتا ہے لیکن ایک وقت ایسا آتا ہے جب یہ بھی سپر ڈال دیتی
ہے۔ نتیجہ ترومائی اختلال کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے۔ اس کو نفسیاتی امراض کی باضابطہ
درجہ بندی کے تحت عارضی وقوعی اختلالِ شخصیت کا نام دیا گیا ہے۔

میلان سے تعلق رکھنے والے نفسیاتی اسباب

فوری سبب بننے والا نفسیاتی دباؤ کسی فرد کو کس حد تک متاثر کرے گا اس کا انحصار
اس بات پر ہوتا ہے کہ اس کی شخصیت میں کس حد تک عدم استحکام پایا جاتا ہے۔ عدم استحکام
کے درجے کا تعین ان نفسیاتی میلانات سے ہوتا ہے۔ جو فرد کی ابتدائی زندگی میں قایم
ہو جاتے ہیں۔

ایک واحد نفسیاتی سبب میں فوری طور پر رونما ہونے والے مختصر مدتی اثرات
بھی شامل ہو سکتے ہیں اور طویل مدت تک قائم رہنے والے میلاناتی اثرات بھی۔ مثال
کے طور پر بچپن میں چوسنے کے عمل سے محروم رہ جانے پر فوری متبادل کردار (انگوٹھا چوسنا)
پیدا ہو سکتا ہے اور ساتھ ہی یہ محرومی متعلقہ فرد کو آئندہ زندگی میں قنوطیت کی طرف
بھی مائل کر سکتی ہے۔

طبیعت کے خصوصی نفسیاتی میلانات سماجی طور طریقے سیکھنے کے عمل کے دوران
پیدا ہوتے ہیں۔ چائلڈ (1954) نے سماجی آداب و طریقے سیکھنے کے عمل کی تعریف ان الفاظ
میں کی ہے۔ یہ ایک ایسا عمل ہے جس کے ذریعے فرد کو جس میں کردار کی وسیع النوع اقسام
کو اپنانے کی صلاحیتیں پوشیدہ ہیں، کچھ مخصوص قسموں کو اختیار کرنے اور ان کی نشوونما

کرنے کی طرف مائل کیا جاتا ہے۔ یہ وہ کردار ہیں جو فرد کے لیے رواجی اور قابل قبول ہیں اس لیے کہ وہ اس کے سماج کے معیار کے مطابق ہوتے ہیں۔"

سماجی اطوار کو سیکھنے کے عمل کے ذریعے بچہ دوسرے لوگوں کے تئیں (جنھیں ہم سماجی ہیج، کہہ سکتے ہیں) صحیح اور قابل قبول طرز عمل کا مظاہرہ کرتا ہے۔ وہ سماجی اصولوں اور قوانین کی پابندی کرتا ہے۔ والدین، بھائی بہنوں اور دوسرے بزرگوں کے ساتھ عمل و ردعمل کے ذریعے بچہ سماج کے منظورشدہ طریقوں کو سیکھتا ہے۔ نظریاتی طور پر بچہ یہ طور طریقے اس لیے سیکھتا ہے کہ (۱) وہ خود بخود سماجی صلے وسزا کا اثر قبول کرتا ہے۔ (۲) اس کی ترغیبوں میں ایک تخلیقی قوت بھی موجود ہوتی ہے جو بذات خود سماج کے ذریعے منظورشدہ کردار کی طرف مائل کرتی ہے۔ بشرطیکہ اس کردار کو اپنانے میں اس کی ضروریات کی تکمیل میں کوئی اڑچن نہ پڑے۔ اس بات پر نظریاتی اختلاف پایا جاتا ہے کہ ان دونوں میں سے کون سی وضاحت صحیح ہے۔ کچھ بھی ہو نتیجہ دونوں صورتوں میں ایک ہی ہوتا ہے یعنی زیادہ تر بچے سماجی مطابقت پیدا کر لیتے ہیں۔

سماجی اصول وضابطوں کو سیکھنے کا ایک اور طریقہ بھی ہے اور وہ ہے الفاظ کا استعمال کیے بغیر خیالات کا اظہار۔ مثال کے طور پر خوف پیدا کرنے کے لیے چہرے کے تاثرات سے بھی کام لیا جا سکتا ہے اور لفظی یا زبانی دھمکیوں سے بھی۔ جنسی رویے والدین کی گفتگو کے علاوہ اس صورت میں بھی اپنائے جا سکتے ہیں کہ ماں باپ جنس کے تذکرے پر گھبراہٹ کا اظہار کریں یا موضوع سے گریز کریں۔ بہت سے ایسے بلا واسطہ اور غیر محسوس طریقے بھی ہیں جن کے ذریعے بدراہ بچوں کے والدین ان کے سماج دشمن کردار کی منظوری دیتے اور اس سلسلے میں اپنی توقعات کا اظہار کرتے ہیں۔ جانسن اور زیورک (۱۹۵۲) اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ بچوں کے سماج دشمن کردار کی بہت بڑی اور خصوصی وجہ یہ ہے کہ لاشعوری طور پر ان کے والدین اس کردار کی اجازت دیتے ہیں۔ دراصل بچے کی سماج دشمن خواہشات کے ذریعے والدین خود اپنی دبی ہوئی خواہشات کی تسکین کرتے ہیں۔

دماغی محرومی اور آئندہ شخصیت

دماغی عادتوں کی تربیت اور ان کو سماجی طور طریقوں سے ہم آہنگ کرنے کے لیے

جو طریقے استعمال کیے جاتے ہیں وہ آئندہ شخصیت پر اثر انداز ہوتے ہیں اور اس میں کچھ خصوصی میلانات کی بنیاد ڈالتے ہیں۔ ہول وے (۱۹۵۹) نے کھیل کے دوران سترہ بچوں کا مشاہدہ کیا اور ان کے جذباتی استقلال کو پرکھا۔ اس کے بعد ان کی ماؤں کا انٹرویو لے کر یہ معلوم کیا کہ بچپن میں ان بچوں کو چوسنے کے عمل کی اجازت کس حد تک دی گئی تھی اور اس سلسلے میں کس حد تک مشفقانہ برتاؤ کیا گیا تھا۔ چوسنے کے عمل کی اجازت اور بچوں کے جذباتی استقلال کے درمیان + اعشاریہ سات آٹھ (۰٫۷۸+) کا شماریاتی ربط پایا گیا۔ جس بچے کے ساتھ مشفقانہ برتاؤ کیا گیا تھا اور چوسنے کی مناسب آزادی دی گئی تھی اس میں جذباتی استقلال نسبتاً پایا گیا۔ اس میں تخریبی رجحان کم اور تعمیری رجحان زیادہ تھے۔ وہ زیادہ محبت کرنے والا بچہ ثابت ہوا۔ سیرز (۱۹۵۲) نے نرسری اسکول کے چالیس بچوں میں دہانی تسکین سے محرومی اور آئندہ زندگی میں دوسروں پر انحصار کرنے کے رجحان اور جارحیت کا مطالعہ کیا۔ دہانی محرومی (یعنی بچے کا دودھ رفتہ رفتہ چھڑانے کی بجائے اچانک چھڑا دینا، دودھ دینے میں بچے کی خواہش کی بجائے اوقات کی سخت پابندی کرنا وغیرہ) اور آئندہ زندگی میں دوسروں پر انحصار کرنے کے رجحان کے درمیان لڑکوں میں ۰٫۴۰+ اور لڑکیوں میں ۰٫۵۵+ کا شماریاتی ربط پایا گیا۔ دہانی تسکین سے محروم رہنے والے بچوں میں اساتذہ اور دوسرے بچوں کی توجہ، جسمانی قربت، مدد اور ستائش حاصل کرنے کی خواہش زیادہ پائی گئی۔ خلاف توقع سیرز نے ابتدائی دہانی محرومی اور آئندہ زندگی میں جارحیت کے درمیان کوئی تعلق دریافت نہیں کیا۔

تاہم بہت سے مطالعوں نے ایام طفولیت میں دہانی محرومی اور آئندہ شخصیت میں کوئی تعلق نہیں پایا ہے۔ یہ میدان تحقیق کے لیے خاصہ مشکل ہے اس لیے کہ اس سے وابستہ متغیروں کو تجرباتی طور پر کنٹرول کرنا ایک بہت بڑا مسئلہ ہے۔ ایام طفولیت میں ہونے والے تجربات کے بیان کی صحت کا مسئلہ الگ ہے۔ پھر ان کی پیمائش کرنے والے ذرائع یا آلات کس حد تک صحیح ہیں۔ یہ سوال علاحدہ ہے۔ تاہم یہ فرض کرنا قرین عقل ہی محسوس ہوتا ہے کہ بچے کے اس پہلے سماجی ربط یعنی دودھ پینے کے دوران اپنی ماں کے ساتھ تعلق کو ہم یا تو تسکین کے احساس کے ساتھ جوڑ سکتے ہیں یا ناآسودگی اور مسلسل جاری رہنے والے تناؤ کے ساتھ منسلک کر سکتے ہیں۔ اس طرح ان دونوں

میں سے ایک دائرۂ عمل شروع ہو سکتا ہے۔ اعتماد سے بین الذاتی رشتوں کو استوار کرنے میں مہارت اور کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ اس کے برعکس خوفِ ناکامی پیدا کر کے مزید خوف اور تشویش کو جنم دیتا ہے اور یہ دونوں تاثرات جذباتی اختلال کا سبب بن سکتے ہیں۔

دہانی ضروریات چونکہ ابتدائی زندگی میں ہی سامنے آتی ہیں اس لیے ان کو شفقانہ رویوں اور انسیت کی نشوونما اور بین الذاتی رشتوں کو استوار کرنے میں تقویت حاصل ہے تاہم وہ تسکین اور کامیابی کا واحد ذریعہ نہیں ہیں۔ حال میں انسان اور جانوروں کے بچوں کے مشاہدے سے واضح ہوا ہے کہ بچہ بہت چھوٹی عمر سے ہی اپنے پورے جسم کی مدد سے ماحول کی چھان بین کرنا، اشیا کو پکڑنا، چھونا اور استعمال کرنا چاہتا ہے۔ ننھا بچہ کبھی خاموش اور پُرسکون رہنا چاہتا ہے اور کبھی ہیجانی کیفیت کو پسند کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتدائی دور میں ماحول کو سمجھنے میں کامیابی اور تشفی بخش جسمانی قربت اسی قدر شفقت اور جذباتی استقلال پیدا کرتے ہوں جتنا دہانی تسکین پیدا کرتی ہے۔ اس نکتے کی تائید کرنے والے ثبوت آگے چل کر پیش کیے جائیں گے۔

والدین کی شفقت سے محرومی اور آئندہ شخصیت

بچپن کے ابتدائی دور میں مادرانہ شفقت اور نگہداشت سے محرومی کے جو مستقل نوعیت کے اثرات پیدا ہوئے ہیں وہ ان مختصر مدتی اثرات جیسے ہی ہوتے ہیں جن کو اسپٹز اور ربل نے دریافت کیا تھا اور جن کو ہم پہلے ہی بیان کر چکے ہیں۔

گولڈ فارب (۱۹۴۳-۴۵ء) نے دریافت کیا کہ جو بچے اپنی زندگی کے پہلے تین برسوں میں بچوں کے کسی ادارے میں رہے تھے، تجریدی استدلال اور زبان کے استعمال کے معاملے میں کنٹرول گروپ کے ان بچوں سے بہت پیچھے تھے جن کو ابتدا میں کچھ لوگوں نے گود لے لیا تھا۔ بعد میں ان اداروں میں پرورش پانے والے بچوں میں سے بھی کچھ بچے اچھے گھرانوں نے گود لے لیے لیکن اس کے بعد بھی ان کے نقائص کی اصلاح نہیں ہو سکی۔ جو بچے شروع ہی میں گود لے لیے گئے تھے۔ اُن کے مقابلے میں ان بچوں میں تشویش اور بے چینی زیادہ پائی جاتی تھی۔ ان میں توجہ حاصل کرنے کی ناقابل تسکین خواہش موجود تھی۔ کسی چیز پر دھیان مرکوز کرنے میں انھیں زیادہ مشکل ہوتی تھی۔ جذباتی سرد مہری بھی ان میں

موخر الذکر بچوں کی بہ نسبت زیادہ پائی گئی۔ وہ بچے جو گیارہ برس کی عمر سے پہلے کسی ادارے میں نہیں رکھے گئے تھے، ان سے کہیں بہتر تھے جو چھ ماہ کی عمر میں اداروں میں بھیج دیے گئے تھے۔ بچہ جتنا کم عمر ہوگا نفسیاتی دباؤ کے اثرات اس پر اسی قدر شدید ہوں گے۔

اداروں میں پرورش پانے سے آئندہ زندگی پر جو اثرات مرتب ہوتے ہیں ان کی وضاحت تعمیم کے اصول کے تحت کی جاسکتی ہے۔ وہ نومولود جو گود میں اُٹھائے جانے کی خوشگوار کیفیت سے محروم رکھا جاتا ہے جس کو بے چینی و بے آرامی کی کیفیت میں کوئی توجہ نہیں دی جاتی، جیسے بھوک لگنے پر غذا نہیں ملتی (اداروں میں بچوں کو دودھ وقت پر دیا جاتا ہے، بچے کی طلب کے مطابق نہیں) وہ تکلف کے احساس کو اس بالغ فرد کی ذات کے ساتھ منسلک کرنا سیکھ لیتا ہے جو اس کی نگہداشت پر مامور ہو۔ اس بچے کو تکلیف و بے چینی کا عمومی اندیشہ ہونے لگتا ہے اور اس کے لیے انسانوں سے گریز دراصل تکلیف اور تشویش سے گریز کی علامت بن جاتا ہے۔ دوسروں کی توجہ حاصل کرنے کی شدید ضرورت کے نتیجے میں ایک ضمنی عادت پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ عادت ادارے کی بھیڑ بھاڑ یا کسی بھی ایسی حالت میں آسانی سے پیدا ہو جاتی ہے جہاں اپنی ضروریات کا احساس دلانے کے مستقل کوشش کرنی پڑتی ہو۔ توجہ حاصل کرنے کی یہ ضرورت مستقل بے چینی، تخریب کاری اور غصّے کے دوروں کی عمومی شکل اختیار کر لیتی ہے خاص طور سے اس لیے ہو سکتا ہے کہ بچے نے توجہ حاصل کرنے کے صحیح طریقوں کو غلط طریقوں سے میز کرنا سیکھا ہی نہ ہو۔ دو ملتے جلتے جوابی اعمال کو ایک دوسرے سے میز کرنا سکھانے کے لیے ضروری ہے کہ ایک جوابی عمل کی حوصلہ افزائی کی جائے اور دوسروں کی حوصلہ شکنی۔ لیکن بچوں کی پرورش گاہوں اور اداروں کے حالات کچھ ایسے ہوتے ہیں کہ وہاں کے ناظمین کے لیے توجہ حاصل کرنے کے پسندیدہ طرز عمل کی مستقل حوصلہ افزائی اور ناپسندیدہ تکنیکوں کی حوصلہ شکنی کرنا ممکن نہیں ہوتا۔

آئندہ شخصیت پر ابتدائی زندگی کی محرومیوں کے اثرات کو جاننے کے لیے جذباتی اختلال میں مبتلا افراد کے ابتدائی حالات کی چھان بین کا طریقہ اختیار کیا گیا ہے بیری اور لنڈ مین (۱۹۶۰) نے ایسے ایک ہزار افراد کا مطالعہ کیا جو عصبی اختلال میں مبتلا تھے۔ ان کی ماضی کی چھان بین کرنے سے پتہ چلا کہ ان میں سے زیادہ تر افراد کو ۱۵ سال کی عمر سے پہلے

والدین میں سے کسی ایک کی موت کا صدمہ اٹھانا پڑا تھا۔ ان کا مقابلہ ان افراد سے کیا گیا جو غیر نفسی امراض میں مبتلا تھے تو معلوم ہوا کہ ان میں سے ۲۰ فی صد سے بھی کم افراد اس طرح کے صدمے کا شکار ہوئے تھے۔ نو بالغ اور بالغ مریضوں کی سابقہ زندگی کے مطالعوں کے جائزے سے پتہ چلا کہ ان افراد میں جو سماج دشمن کردار، نفسی عصبی اختلال یا انتشار نفس میں مبتلا ہوتے ہیں، ماں باپ کی موت یا ان کی علاحدگی کافی حد تک بہت زیادہ ہے (۱۹۵۸) سماج دشمن کردار کے حامل افراد میں زیادہ تر کے والدین میں سے دونوں فوت ہو چکے تھے۔ ہم اس نتیجے پر پہنچ سکتے ہیں کہ والدین میں سے دونوں کے نہ رہنے پر فرد کا رجحان سماج دشمن کردار کی طرف ہو جاتا ہے۔ اس لیے ماں اور باپ دونوں کی عدم موجودگی میں سماجی طور طریقے سیکھنے کا عمل بہت مشکل ہو جاتا ہے۔ ماں کی عدم موجودگی یا موت انتشار نفس کا رجحان پیدا کر سکتی ہے۔ اس لیے کہ مادرانہ شفقت سے محروم رہ جانے پر عدم اعتماد، شک و شبہہ اور سماجی کنارہ کشی جیسے اوصاف پیدا ہو جاتے ہیں۔ باپ کی عدم موجودگی یا موت ماں کی موت کے مقابلے میں نفسیاتی طور پر کم سنگین ہے اس لیے اس سے جنون کی بجائے محض عصبی اختلال کے رجحانات پیدا ہو سکتے ہیں۔

مادرانہ نگہداشت کی محرومی سے جو اثرات پیدا ہوتے ہیں ان کی تمام قسموں کا جائزہ بولبی نے لیا ہے۔ وہ اس نتیجے پر پہنچا کہ ماں کی نگہداشت سے محروم رہ جانے والی تقریباً سب ہی بچوں کی جسمانی ذہنی اور سماجی نشو و نما میں رکاوٹ پیدا ہو جاتی ہے اور ان میں ذہنی امراض کی علامتیں پیدا ہو سکتی ہیں۔ ماضی کی چھان بین اور مستقبل کے مطالعوں سے واضح ہوتا ہے کہ ایسے کچھ بچے تو زندگی بھر کے لیے شدید ذہنی و جسمانی نقائص کا شکار ہو جاتے ہیں۔

بچہ اپنی ذات اور دوسروں کے متعلق کچھ تصورات قایم کرتا ہے۔ باپ کی عدم موجودگی (طلاق یا علاحدگی کے باعث) ان تصورات پر اثر انداز ہوتی ہے۔ بچہ سوچ سکتا ہے کہ وہ اور اس کی ماں نے باپ کو چھوڑ دیا ہے۔ ہو سکتا ہے کہ کبھی اُسے بھی چھوڑ کر چلی جائے۔ اس کے ذہن میں یہ خیال بھی آ سکتا ہے کہ انسان بہ حیثیت مجموعی بھروسے کے قابل نہیں ہیں اور محبت کے رشتے خطرناک ہوتے ہیں۔ ان کا آخری انجام نفرت ہوتا ہے۔ باپ کے گھر چھوڑ کر چلے جانے پر ماں اور بچے کے تعلق میں تبدیلی آنا لازمی ہو جاتا ہے۔ ماں بچے کو معاشی

بوجھ تصوّر کرتی ہے۔ وہ اس کے لیے ایسا فرد بن جاتا ہے جو اسے یہ یاد دلاتا رہتا ہے کہ وہ گھر اور شوہر کی دیکھ بھال میں ناکام رہتی ہے۔ یا وہ بچّے میں شوہر کے ناپسندیدہ اوصاف کو مجسّم صورت میں دیکھنے لگتی ہے۔ ان تمام حالتوں میں بچّہ اس کے لیے ایک ناپسندیدہ شخصیت بن جاتا ہے۔ اس کے برعکس ایک ایسا ردِّعمل بھی ہو سکتا ہے کہ وہ اپنی جذباتی محرومی کی تلافی بچّے کے ذریعے کرنے لگے۔ اس پر بے پناہ شفقت نچھاور کرے اور اس پر ضرورت سے زیادہ حق جتائے جب کہ بچّہ اس کو اتنی محبت نہ دے سکے۔ یہاں ذہن میں یہ بات رکھنی ضروری ہے کہ والدین سے محروم ہو جانا ہمیشہ جذباتی اختلال کا سبب نہیں بنتا۔ بچّہ کچھ دوسرے لوگوں سے جو اس کے لیے اہم ہیں، مناسب تعلقات استوار کر کے اپنی محرومی کی تلافی کر سکتا ہے۔ ہاں یہ محرومی نفسی امراض کے اسباب میں سے ایک اہم سبب ضرور ہے۔

مقعدی ناآسودگی اور آئندہ شخصیت

مقعدی احساسِ نامرادی کی وجہ سے پیدا ہونے والی جذباتی شکایات کے میلان پر ہشکا (۱۹۴۲، ۴۳) نے تحقیقی مطالعہ کیا ہے۔ اس مطالعے کے تحت ایسے دو سو تیرہ بچوں کے حالات زندگی کا مطالعہ کیا گیا جو ماحول سے مطابقت پیدا کرنے میں ناکام رہے تھے۔ ان کی عمریں ۱ سے ۱۲ سال کے درمیان تھیں۔ ان بچوں میں بے چینی، غیر ارادی تشنج اسکول کا مرضیاتی خوف گویائی میں اختلال اور سماج دشمن کردار جیسی علامات موجود تھیں۔ ان کے لیے ان بچّوں کو مشاورتی کلینک لے جانے کی صلاح دی گئی تھی۔ دریافت کرنے پر معلوم ہوا کہ ان بچّوں کی نصف سے زیادہ تعداد میں حوائج ضروریہ کی تربیت کے لیے بہت سختی سے کام لیا گیا تھا اور اس کو وقت سے بہت پہلے شروع کر دیا گیا تھا۔ اس کی وجہ سے زیادہ تر بچّوں میں شدید مایوسی کا فوری ردِّعمل پیدا ہوا۔ مثال کے طور پر بیت الخلا کا خوف اور غصّہ۔ ردِّعمل کے طور پر پیدا ہونے والی صفائی کی عادت اور بھیگ جانے کا خوف وغیرہ وغیرہ۔ ان میں سے ۶۸ فی صد بچّوں کی پیشاب پر قابو پانے کی تربیت وقت سے بہت پہلے شروع کر دی گئی تھی۔ ان بچّوں میں سے ۵۸ فی صد تین سال کی عمر میں بھی بستر پر پیشاب کر دیتے تھے۔ بظاہر یہ اس تربیت کے خلاف احتجاج کی ایک صورت تھی۔ مصنّف کا کہنا ہے کہ ان بچّوں کے ساتھ اس طرح کی زبردستی کا ردِّعمل نفسی امراض کی

بار آوری کے لیے زمین تیار کرتا ہے۔ زیادہ تر بچوں کے جوابی اعمال تشویش کی صورت اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ گویا آئندہ زندگی میں پیش آنے والے نفسی امراض کا پیش خیمہ بن جاتے ہیں۔ ہشکا کے نتائج متاثر کن ضرور ہیں لیکن واضح ہو کہ اس مطالعے میں کوئی کنٹرول گروپ نہیں تھا اس لیے یہ اور اس طرح کے دوسرے مطالعے کچھ مواد ضرور پیش کرتے ہیں مگر یہ فیصلہ کن نہیں ہیں۔ ان کی مزید تصدیق کی ضرورت ہے۔

جنسی تربیت، ایامِ طفلی کے خارجی ہیجان اور آئندہ زندگی میں سازگاری

سماجی طور طریقوں کو سیکھنے کے عمل کے دوران جنس کے تئیں جو رویے پیدا ہوتے ہیں وہ آئندہ زندگی میں حالات سے مطابقت پیدا کرنے پر خاصی بڑی حد تک اثر انداز ہوتے ہیں۔ بچے کے ذہن میں یہ بات گھر کر سکتی ہے کہ جنس ایک خوفناک یا شرمناک شے ہے۔ اس کا یہ عقیدہ مختلف طریقوں سے ظاہر ہو سکتا ہے۔ ہم جنسی کی کچھ مثالوں میں جنس مخالف کا خوف کارفرما ہوتا ہے۔ یہ خوف اس لیے پیدا ہوتا ہے کہ ایامِ طفلی میں جنسیت کے اظہار پر بچے کو کڑی تنبیہ کی جاتی ہے۔ جنسی خواہشات احساسِ کمتری، احساسِ جرم، تنفر اور خوف کے جذبات کے ساتھ خلط ملط ہو جائیں تو مکمل جنسی کنارہ کشی پیدا ہو جاتی ہے۔ اکثر لوگ محض جنسی احساسِ کمتری کو دور کرنے کے لیے اپنی جنسی قوت کا مظاہرہ متواتر اور جبری شہوت رانی کے ذریعے کرتے ہیں۔ اس بے راہ روی کو ڈان جان کمپلکس کہا گیا ہے۔

بالغوں کا جنسی کردار کچھ دوسرے اسباب سے بھی متعین ہوتا ہے۔ بندروں پر کیے جانے والے کچھ تجربوں کے ایک بہت دلچسپ سلسلے میں ہارلو اور ساتھیوں نے کچھ اہم انکشافات کیے۔ یہ انکشافات ایامِ طفلی میں پائے جانے والے عمل و ردِ عمل اور آئندہ زندگی میں پائے جانے والے جنسی، مادرانہ اور سماجی کردار سے تعلق رکھتے ہیں۔ بندروں کو مختلف انداز میں پرورش پانے والی جماعتوں میں تقسیم کر دیا گیا۔ ایک جماعت میں تو بندر کے ننھے بچوں کو ان کی اپنی ماؤں نے پالا اور دودھ پلایا۔ دوسری جماعت کے بچوں کو پیدا ہونے کے چھ سے بارہ گھنٹوں کے اندر ان کی ماؤں سے علاحدہ کر دیا گیا۔ ان کو چھوٹی چھوٹی بوتلوں سے دودھ پلایا گیا۔ اس جماعت کے کچھ بچے تار کے پنجروں میں تنہائی میں پالے گئے۔ کچھ کے لیے کپڑے کی بنی ہوئی مصنوعی "ماں" مہیا کر دی گئی جس سے وہ جسمانی قربت اور

جذباتی وابستگی پیدا کرسکیں۔ ہارلو اور زِمرمین (۱۹۵۹) نے بتایا کہ کپڑے کی بنی ہوئی ماں آسانی سے ایک عزیز رشتے بن گئی۔ کافی عرصے تک بچے اس سے بہت محبت کرتے رہے۔ ہر صورت میں اس کو سادے تاروں کے ڈھانچے پر ترجیح دی گئی جس پر کوئی کپڑا نہیں منڈھا ہوا تھا۔ کپڑے کی بنی ہوئی ملائم ماں سے جسمانی لمس حاصل کرنا ممکن تھا لیکن تاروں کی بنی ہوئی ماں سے نہیں۔ کپڑے کی ماں سے محبت پیدا کرنے میں جسمانی لمس کی بہت بڑی اہمیت تھی۔

مذکورہ بالا جماعتوں میں سے کچھ بندروں کو ہم جنس و مخالف جنس کے کم عمر بندروں کے ساتھ چھوڑ دیا گیا۔ اس صورت حال میں عمر کے دوسرے ماہ سے مادہ و نر بچوں کے جنسی کردار میں واضح فرق ظاہر ہونے لگا۔ نر بچوں میں دونوں جنسوں کی طرف جارحیت کا عنصر زیادہ تھا۔ مادہ بچوں میں گریز اور جمود کا عنصر غالب تھا۔ اس کے علاوہ نر بندروں میں کھیل میں پیش قدمی کرنے کا رجحان مادہ بندروں کی بہ نسبت زیادہ تھا۔ لڑائی جھگڑے اور دوڑ بھاگ کے کھیل نر بچوں میں زیادہ عام تھے۔ جنسی کھیل میں نر بچوں نے مادہ بچوں کی پوزیشن اپنانے کی کوشش شاذ و نادر ہی کی۔ مادہ بچوں نے بھی مادہ کی پوزیشن ہی اختیار کی اور نر بچوں کے مقابلے میں دوسروں کو تھپکنے اور بنانے سنوارنے کے کام میں زیادہ دلچسپی کا اظہار کیا۔ بالفاظِ دیگر جن بندروں کو دوسروں کے ساتھ عمل و ردِّ عمل کے نارمل یا تقریباً نارمل مواقع فراہم کیے گئے تھے وہ بہت کم عمری میں ہی نارمل جنسی کردار کا مظاہرہ کرنے لگے۔

اب بندروں کی دو جماعتیں بچیں۔ ایک تو وہ جو تنہائی میں پالے گئے تھے اور دوسرے وہ جن کی پرورش مصنوعی ماں کے ساتھ ہوئی تھی۔ ان دونوں جماعتوں کو دوسروں کے ساتھ گھلنے ملنے کا موقع نہیں دیا گیا تھا۔ جب یہ بندر بلوغت کو پہنچے تو انھوں نے غیر معمولی طرز کردار کا مظاہرہ کیا۔ وہ بے نیازی اور بے حسی کے ساتھ خاموش بیٹھے رہتے تھے اور اپنا سر ہاتھوں سے پکڑ کر بار بار آگے پیچھے جھلاتے۔ اگر ان کے پاس کوئی جاتا تو کبھی کبھی وہ شدید غصّے کا مظاہرہ بھی کرتے۔ غصّے کی اس کیفیت کو انسانوں کی کتاتونی انتشار نفس کی کیفیت سے تعبیر کیا جا سکتا ہے۔ نہ ان میں نارمل جنسی کردار ظاہر ہوا نہ ان کے یہاں بچے ہوئے۔ جسمانی پختگی کو پہنچے ہوئے بالغ نر ماداؤں کی موجودگی میں یا تو خاموش بیٹھے رہتے تھے یا شدید قسم کی لڑائی میں مصروف ہو جاتے تھے۔ ان کی تربیت

کے لیے ایک خصوصی پروگرام مرتب کیا گیا۔ یہ پروگرام زیادہ تر جانوروں کے ساتھ ناکام رہا صرف کچھ مادائوں کی تربیت کی جا سکی۔ ان مادائوں کے یہاں بچے پیدا ہوئے لیکن وہ اچھی مائیں نہیں بن سکیں۔ بچوں کے ساتھ ان کا سلوک بے حد ظالمانہ تھا۔ ہارلو (۱۹۷۳) نے انھیں "لاچار ناکارہ اور سنگدل" مائیں قرار دیا ہے۔ ایسی مائیں جن میں مادرانہ شفقت کا مکمل یا تقریباً مکمل فقدان تھا۔

دوسرے کم عمر بندروں کے ساتھ قریب سے عمل و ردِعمل کے موقع نہ ملنے کی وجہ سے تنہائی میں پرورش پانے والے ان بچوں کے آئندہ جنسی، مادرانہ و سماجی کردار پر بہت گہرا اثر پڑا۔ ان انکشافات سے انسانوں کے کچھ کرداری اختلال کے اسباب خصوصیت سے انتشارِ نفس پر روشنی پڑ سکتی ہے۔ بیکٹ کے ایک دلچسپ بایوکیمیائی مطالعے میں ہارلو کے بندروں اور انتشار نفس کے انسانی مریضوں کے درمیان پائی جانے والی تبدیلیوں سے ملتی جلتی تھیں۔ عارضی طور پر اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے ایام طفلی میں انسان شدید محرومی کا شکار ہو تو اس کے جسم کی اعصابی کارکردگی میں نقص پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ نقائص ذہنی اختلال کی کچھ قسموں کے لیے ذمہ دار ٹھہرائے جا سکتے ہیں۔ لیکن اس مفروضے کی تصدیق کے لیے مزید تجرباتی دریافتوں کی ضرورت ہے۔

لیوائن (۱۹۶۰) نے چوہوں پر کچھ تجربے کیے۔ ان تجربوں سے ایام طفلی میں سامنے آنے والے خارجی ہیجوں کی اہمیت کا اندازہ ہوتا ہے۔ چوہوں کے بچوں کو خارجی اندیشوں کے درمیان رکھا گیا لیکن ساتھ ہی انھیں ہاتھ میں اٹھا کر انسانی جسم کے لمس کا تجربہ بھی بہم پہنچایا گیا۔ بلوغت کے پہنچنے پر ان بچوں میں کسی قسم کا اختلال نہیں ظاہر ہوا لیکن جن بچوں کو انسانی ہاتھوں کے لمس کا تجربہ نہیں ہوا تھا ان کے جسمانی اعضا کی نشو و نما کی رفتار بہت سست تھی وہ مزاجاً بزدل تھے اور دوسروں سے جلد مانوس نہیں ہوتے تھے۔ بڑے ہونے پر جب ان کو نامانوس ماحول میں رکھا گیا تو وہ کونوں میں سمٹے ہوئے رہتے تھے یا بہت محتاط انداز میں ادھر اُدھر رینگتے رہتے تھے۔ ان میں بول و براز کا اخراج بھی بہت زیادہ تھا۔ اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ چوہے اور غالباً دوسرے جاندار بھی دباؤ کی صورت میں نارمل ردِعمل پیدا کرنا سیکھ لیتے ہیں (مثال کے طور پر کسی نئی اور نامانوس صورتِ حال سے پیدا ہونے والے دباؤ سے مطابقت پیدا کرنا) بشرطیکہ ایامِ طفلی

میں جسمانی تحریک کی کمی نہ رہی ہو۔ (لیوائن نے اس کا ثبوت بھی پیش کیا ہے کہ چوہوں میں دباؤ کے مقابلے میں پیدا ہونے والا ردِ عمل کچھ موروثی عوامل سے بھی متاثر ہوتا ہے)۔ اگر بنیادی طور پر بچے میں تحفظ کا احساس موجود ہو تو کسی شدید جذباتی صدمے کے رُونما ہونے پر اس کے مضر اثرات میں کمی آجاتی ہے۔

کُنبے کے باہمی تعلّقات کی نوعیت اور والدین کے رویّے

ان بچوں کو چھوڑ کر جن کی پرورش گھر سے علاحدہ کسی ادارے میں ہوئی ہو، باقی تمام انسانوں کو باہمی کشاکش اور دباؤ کا سامنا ایک کُنبے کے پسِ منظر میں ہی کرنا ہوتا ہے۔ کُنبے کے افراد کے آپسی تعلّقات اور والدین کے رویّوں کی نوعیت کے خصوصی اثرات کو کئی محققین نے دریافت کیا ہے۔ یہ تعلّقات اور رویّے یا تو کردار کو فوری طور پر متاثر کرتے ہیں یا اس میں ایک خصوصی میلان پیدا کر دیتے ہیں۔

ذہنی طور پر پراگندہ افراد کے پسِ منظر میں خاندانی تعلّقات کی تین خصوصی نوعیتیں پائی گئیں ہیں۔

۱۔ والدین میں اضطراری کیفیت کی موجودگی، عدم استقلال اور صرف اپنی مرضی کے مطابق کام کرنے کی عادت۔ ایسے والدین اپنے بچوں کو اپنے جذبات کی تلون کا شکار بناتے ہیں۔

۲۔ باپ طبیعتاً اپنے آپ میں گُم، کمزور اور کنارہ کش اور ماں با اقتدار اور دوسروں پر حاوی ہو جانے والی۔ ان دونوں کے باہمی تعلّقات اچھے نہیں ہوتے اور یہ چنداں تعجب خیز نہیں اس لیے کہ باپ اپنی ہیٹلی اور دوسروں میں جلد جگہ بنا لینے والی بیوی کو پسند نہیں کرتا اور بچوں کی تربیت کے لیے وہ جو طریقے اختیار کرتی ہے انھیں پسند نہیں کرتا۔

۳۔ ماں عام طرز کی ہوتی ہے۔ اوسط درجے کی سیدھی سادی عورت اور باپ کا انداز تحکمانہ اور تادیبانہ اس کے مطالبات بھی بہت زیادہ ہوتے ہیں۔ بچّے عموماً اس سے الگ تھلک اور خائف رہتے ہیں۔ اس کی سخت تنبیہہ و تادیب ان میں خوف اور احساس کمتری پیدا کرتی ہے۔ میک کارڈ اور ہاورڈ نے بچوں میں پائی جانے والی جارحیت پر کُنبے کے باہمی تعلّقات کے اثرات پر تحقیق کی ہے۔ اس میں نچلے طبقے کے ۱۷۴ بچوں

کا پانچ سال سے زیادہ عرصے تک مطالعہ کیا گیا۔ اس مطالعے میں ان کا ذاتی مشاہدہ گھر کے اندر ملاقات، پڑوسیوں کی رپورٹ، پولیس اور وائی۔ ایم۔ سی۔ اے کے افسران اور اساتذہ کی رپورٹ، ان سارے ذرائع سے فائدہ اٹھایا گیا تھا۔ ان ۱۷۴ بچوں میں سے ۲۵ بچے ہر اس موقع پر جارحیت اور غصّے کا مظاہرہ کرتے تھے جب انھیں حوصلہ شکنی یا نامرادی کا سامنا کرنا پڑتا تھا۔ ۹۷ بچے منتخب موقعوں پر ہی جارحیت کا مظاہرہ کرتے تھے اور ۵۲ بچوں میں جارحیت یا تو بالکل نہیں تھی یا شاذ و نادر ہی پائی جاتی تھی۔

جن بچوں میں جارحانہ رجحان مستقل طور پر موجود تھا ان کی تربیت میں سزا کا استعمال زیادہ کیا گیا تھا۔ ان بچوں میں ۹۵ فی صد بچوں کے والدین کے آپسی تعلقات میں محبت کا فقدان تھا۔ ایک اور مخصوص صورت جو ان بچوں کے کنبوں میں پائی گئی اس میں توجہ سے محروم رکھنے والی ماں اور شفیق باپ کا امتزاج تھا جو والدین اپنے بچوں سے سماجی مطابقت کا مطالبہ نہیں کرتے تھے (یعنی بااخلاق بننے اور مذہبی اجتماعات میں شرکت کرنے اور اپنے کمرے کی صفائی وغیرہ کرنے کے لیے بچوں پر زور نہیں دیتے) ان کے بچوں میں بھی جارحانہ رجحان پائے گئے۔ بچوں کی تربیت کی طرف سے لاپرواہی برتنے اور جارحیت کے درمیان بہت ہی واضح مثبت شماریاتی ربط پایا گیا۔ جارح بچوں کی ۷۸ فی صد ماؤں میں عدم استقلال کا وجود پایا گیا جب کہ غیر جارح بچوں کی ماؤں میں غیر مستقل مزاج خواتین کا فی صد صرف ۴۸ تھا۔ جن مردوں میں شدید جارحیت، سُستی، سرد مہری، حقیقت سے فرار، الکوحیت جنسی بے راہ روی اور جنون جیسے خواص موجود تھے ان کے بچوں میں بھی جارحیت پائی گئی۔ والدین میں اگر آپس میں نا چاقی ہو، جھگڑے ہوتے رہیں اور ایک دوسرے کے تئیں احترام کا جذبہ نہ پایا جائے اور وہ زندگی میں اپنے رول سے مطمئن نہ ہوں تب بھی اولاد میں جارحانہ رجحان پیدا ہو جاتے ہیں۔ محققین نے ان نتائج کی تشریح یوں کی ہے اگر بچوں کو والدین کی طرف سے مایوسی اور نامرادی ہاتھ آئے تو ان میں والدین کے تئیں جارحانہ رجحان پیدا ہو جاتے ہیں۔ پھر والدین کا تصوّر دوسرے انسانوں کی طرف منتقل ہو جاتا اور وہ بھی اسی زمرے میں شامل کر لیے جاتے ہیں۔ اس کی جارحیت ان کی طرف منتقل ہو جاتی ہے۔ اس کے علاوہ چونکہ والدین بچے کی مناسب تربیت نہیں کرتے اس لیے بچوں کی جارحانہ خواہشات پر کوئی روک نہیں لگ پاتی بلکہ اگر والدین میں سے کوئی خود بھی

جارحانہ رجحان رکھتا ہے تو وہ بچے کے لیے نمونہ بن جاتا ہے۔ اس صورت میں بچے کی فوق الانا والدین میں جو امن پسند ہو، اس کی اخلاقی اقدار کو آسانی سے قبول نہیں کرتی ہے۔ اس لیے کہ عام طور پر جارح شخص غیر جارح پر حاوی ہو جاتا ہے۔

ظاہر ہے کہ کنبے کے افراد کے آپسی تعلقات خاصے پیچیدہ ہوتے ہیں۔ والدین کے باہمی عمل و ردِ عمل کا سلسلہ ہوتا ہے اور پھر بچوں کا ردِ عمل اپنے والدین اور بھائی بہنوں کے ساتھ یکساں نہیں ہوتا۔ کنبے میں باہمی عمل و ردِ عمل کی جس صورت میں سب سے زیادہ تحقیق کی گئی ہے وہ ہے بچوں کے تئیں والدین کا رویہ۔ نفسیات کے مختلف ماہرین نے اس رویے کے چار خصوصی پہلوؤں کو پیش کیا ہے۔ یہ ہیں مناسب نگہداشت بمقابلہ لاپرواہی تحکمانہ مزاج بمقابلہ سپردگی، جمہوریت بمقابلہ مطلق العنانی اور قبولیت بمقابلہ ناپسندیگی یا عدم قبولیت۔ ان میں آخری پہلو غالباً چاروں میں سب سے زیادہ اہم ہیں۔ تجرباتی مطالعے اور کلینکی تجربے ظاہر کرتے ہیں کہ اگر والدین بچے کو پسند کرتے اور اس کو قبول کرتے ہیں تو بچے میں دوستی، خلوص، خود اعتمادی اور استقلال جیسے خواص پیدا ہوتے ہیں۔ اس کے برعکس اگر وہ بچے کو ناپسند کرتے اور اس کی ہر بات، ہر وصف کو رد کرتے ہیں تو اس میں الجھن تلوّن، بغاوت، سرکشی اور بے حسی جیسے خواص پیدا ہو جاتے ہیں۔

بچوں کی تربیت کے لیے والدین جو طریقے اپناتے ہیں ان سے ان کے رویوں کا بخوبی اندازہ ہو سکتا ہے۔ یونیورسٹی کے طلبا کے ذہنی امراض کے ایک کلینک میں گرین فیلڈ (۱۹۵۹) نے ۵۸ مریضوں کی بچپن کی تربیت سے وابستہ یادوں کا تجزیہ کیا۔ اس سے اس نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ اگر بچے کی تربیت کے لیے بالواسطہ اور واضح طریقوں (مثلاً ڈانٹنا یا سمجھانا چپت لگانا، جماعت سے الگ کرنا یا کسی پسندیدہ شے سے محروم کرنا وغیرہ) سے کام لیا جائے تو آئندہ زندگی میں ذہنی اختلال کے امکانات کم ہو جاتے ہیں۔ ذہنی مریضوں کی رپورٹ سے معلوم ہوا کہ ان کی تربیت میں بالواسطہ کی بجائے بلاواسطہ اور مبہم طریقوں کا استعمال زیادہ کیا گیا تھا۔ مبہم تکنیکوں میں بچے میں احساس جرم پیدا کرنا اور شفقت سے محروم کرنا جیسی سزائیں شامل ہیں۔ چوں کہ براہ راست سزا دینے کی بہ نسبت بچے میں احساس جرم پیدا کرنا بچے کو ناپسند کرنے کی زیادہ نازک اور مبہم صورت ہے اس لیے ہو سکتا ہے کہ ناپسندیدگی کے مبہم اظہار کی صورت میں آئندہ زندگی میں اختلال کے امکانات بڑھ

جاتے ہوں۔

کنبے میں عمل و ردِ عمل کا ایک اور پہلو جو ابنارمل نفسیات میں بہت اہم قرار دیا جاتا ہے، بھائی، بہنوں کی آپسی رقابت ہے۔ چونکہ انسانی بچوں میں پختگی کی رفتار بہت سست ہوتی ہے اس لیے اکثر و بیشتر کنبے میں ایک وقت میں مختلف عمر کے ایک سے زیادہ بچے اپنی پرورش و پرداخت کے لیے ماں باپ پر منحصر ہوتے ہیں۔ اس لحاظ سے انسانی کنبہ اپنی نوعیت کا واحد کنبہ ہوتا ہے۔ اس صورت حال کی وجہ سے بھائی بہنوں میں باہمی رقابت پیدا ہو جاتی ہے والدین کی شفقت، توجہ اور پسندیدگی کو حاصل کرنے کے لیے بہنوں میں مقابلہ ہوتا ہے نئے بچے کی آمد پر کنبے کے سب سے چھوٹے بچے میں رقابت کا جذبہ جارحیت یا مراجعت کی صورت اختیار کر لیتا۔ دوسرے بچوں کی بہ نسبت برادرانہ رقابت کنبے کے سب سے بڑے بچے میں زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ اس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ دوسرے بچے کی آمد سے پہلے اس بچے کو والدین کی توجہ حاصل کرنے کے لیے کسی سے مقابلہ نہیں کرنا پڑتا تھا۔ اپنے اس اچھوتے مرتبے سے محروم ہو جانے کی وجہ سے وہ شدید طور پر متاثر ہوتا ہے۔ جذباتی اختلال کے ان مریضوں میں جن کے اور بھائی بہن بھی ہوتے ہیں، برادرانہ رقابت کا بھی کچھ دخل ضرور ہوتا ہے۔

ابنارمل کیفیات کے نفسیاتی میلانات : کچھ اخذ کردہ نتائج

انسانوں اور جانوروں پر کیے جانے والے تجربات سے جو مواد حاصل ہوتا ہے اس میں اور کلینکی ذرائع سے حاصل ہونے والے مواد میں خاصی موافقت پائی جاتی ہے۔ اس کی بنا پر ہم کچھ عمومی نتائج اخذ کر سکتے ہیں۔

۱۔ نفسی اختلال اس آموزش کی وجہ سے پیدا ہوتا ہے جو احساسِ نامرادی، کشاکش اور محرومی جیسے حالات کے تحت ہو۔ اگر دوسرے عوامل مثلاً وراثت وغیرہ یکساں ہوں تو اِن حالات کا دباؤ جتنا شدید ہوگا نفسی مرضیات کی نوعیت بھی اتنی ہی شدید ہوگی۔

۲۔ بچپن کے ابتدائی تجربے بہت اہم ہوتے ہیں۔ ان سے شدید بلکہ ناقابل تلافی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ یہی تجربے اگر بلوغت میں ہوں تو ان کے نتائج اتنے سنگین نہیں ہوتے۔

۳۔ بچپن کے دوران نشو و نما کے کئی بحرانی دور آتے ہیں اور کئی بحرانی تحریکوں اور

تجربوں کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ دہانی تسکین کے دور میں بچّے کے اندر دہانی تہیّج اور اس کی محرومی اور ساتھ ہی جسمانی لمس کا شدید احساس ہوتا ہے۔ اسی طرح مقعدی دور میں حوائج ضروریہ کی تربیت اس پر گہرا اثر ڈالتی ہے۔ ان خصوصی مرحلوں میں مخصوص نوعیت کے ہیجان کردار پر اثر انداز ہوتے رہتے ہیں۔

۴۔ طویل مدت تک جاری رہنے والے دباؤ سے مستقل نوعیت کے نفسی امراض کے پیدا ہونے کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ ایک واحد ترومائی واقعہ عموماً اس قسم کے نفسی امراض پیدا کرنے کے لیے کافی نہیں ہوتا۔

۵۔ نارمل نشوونما کے لیے بچوں کے اپنے والدین (یا والدین کے متبادل افراد) اور ہم عمر ساتھیوں کے ساتھ قریبی اور مستحکم تعلّقات بہت ضروری ہیں۔ ان رشتوں سے محرومی جذباتی اختلال کا یقینی سبب ہے۔

۶۔ والدین اور عمر بھائی بہن واضح یا پیچیدہ اور مبہم طریقوں سے (جن میں چہرے کے تاثرات بھی شامل ہیں) بچوں میں ناموزوں تاثرات پیدا کر سکتے ہیں۔ یا ایسے کردار کو تقویت پہنچا سکتے ہیں جو مطابقت پیدا کرنے کے لیے موزوں نہ ہو۔ والدین کا کوئی بھی ایسا رویّہ جس سے بچوں کو قبول کرنے کی نفی کا اظہار ہوتا ہے۔ جذباتی اختلال کے امکان کو بڑھا دیتا ہے۔ ان رویّوں میں بچّے کو واضح طور پر نظر انداز کرنا، ہر وصف میں کمال حاصل کرنے کا مطالبہ کرنا، عدم استقلال اور ضرورت سے زیادہ تحکمانہ برتاؤ وغیرہ شامل ہیں۔

ساتواں باب

تعلیل

سماجی وتہذیبی اسباب

کردار کے حیاتیاتی اور نفسیاتی عوامل ایک تہذیبی ماحول کے پس منظر میں ہی اثر انداز ہوتے ہیں۔ اس ماحول میں کنبہ، پڑوس، کمیونیٹی، پیشہ، نسلی جماعت، سماجی معاشی طبقہ اور قومی تہذیب شامل ہوتے ہیں۔ اکثر سماجی تہذیبی ماحول کا افراد پر بہت دباؤ پڑتا ہے بے روزگاری کا دور۔ ٹکنالوجی میں تیزی کے ساتھ آنے والی تبدیلیاں اور جنگ دباؤ ڈالنے والے حالات کی مثال ہیں۔ حیاتیاتی اور نفسیاتی اسباب جو اثرات پیدا کرتے ہیں اس کا انحصار اس سماجی دباؤ کی شدت پر بھی ہوتا ہے۔ اسی کے مطابق افراد مختلف طور پر اثر قبول کرتے ہیں۔

چونکہ ان اثرات کا مطالعہ تجربہ گاہ میں نہیں کیا جاسکتا اس لیے ہم انھیں حالیہ اور میلانِ طبع سے تعلق رکھنے والے اسباب کی دو قسموں میں نہیں بانٹ سکتے۔ بچپن کی تربیت ایک مخصوص میلان پیدا کرتی ہے اور روزانہ رونما ہونے والے سماجی عوامل فوری اثرات کا کام کرتے ہیں۔ ان دونوں کے مشترکہ اثر سے ایک شخص میں وہ کردار پیدا ہوتا ہے جو متوسط طبقے کا خاصہ ہے۔ ان دونوں قسموں کے اسباب کو ہم ایک دوسرے سے علاحدہ نہیں کرسکتے۔ کسی جنگ کے بعد جو جذباتی پریشانیاں پیدا ہوتی ہیں وہ جنگ کے مابعد اثرات کا نتیجہ ہوتی ہیں یا جنگ کی وجہ سے پیدا ہونے والے معاشی وپیشہ ورانہ مسائل کا۔ اس طرح یہ کہنا مشکل ہوگا کہ جنگ کردار کے اختلال کا فوری سبب ہے یا محض اختلال کا میلان پیدا کرتی ہے۔ ایک اور مثال لیجیے۔ ایک شخص جو کسی اقلیتی گروہ سے تعلق رکھتا ہے، ان محرومیوں کی وجہ سے تشویش کی طرف مائل ہوسکتا ہے جو اقلیتی گروہ کی مخصوص سماجی پوزیشن

سے تعلق رکھتی ہیں اور بعد میں نئے دباؤ اور الجھنیں مزید تشویش کا فوری سبب بن جاتی ہیں۔

تہذیب، سماجی بدنظمی اور کشاکش

معاشرہ باضابطہ اور بے ضابطہ سماجی تنظیموں پر مشتمل ہوتا ہے۔ یہ تنظیمیں ایک دوسرے میں پیوست ہوتی ہیں۔ ان تنظیموں میں مذہبی ادارے، کنبے، پیشے سے تعلق رکھنے والی جماعتیں، ہم عمر افراد کی جماعتیں اور احباب کا حلقہ شامل ہوتے ہیں۔ ان کے علاوہ بہت سی دوسری جماعتیں بھی ہوتی ہیں۔ ان میں سے ہر جماعت ایک تہذیبی اکائی ہے۔ ایک جماعت کے اراکین میں ادراک و شعور کے ڈھنگ، بعض عقیدے اور مقاصد مشترکہ طور پر پائے جاتے ہیں۔ ان مشترکہ عوامل سے ہی تہذیب کی تشکیل ہوتی ہے۔ ان کے علاوہ تہذیب میں وہ سماجی رشتے بھی شامل ہوتے ہیں جو ان افراد کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ فرد جس تہذیبی جماعت کا رکن ہوتا ہے وہ جماعت اس پر کچھ ذمہ داریاں عاید کرتی ہے۔ اسے ایک مخصوص سماجی حیثیت اور رول دیتی ہے۔ پسندیدہ طرز عمل کے لیے صلے اور ناپسندیدہ طرز عمل کے لیے سزائیں دے کر اس کی تربیت کرتی ہے اور اگر تہذیبی ڈھانچے میں کسی قسم کی تبدیلی آجاتی ہے تو فرد کی ذمہ داریوں اور حیثیت میں بھی تبدیلی پیدا کر دی جاتی ہے۔ معاشرہ فرد سے توقع رکھتا ہے کہ وہ کچھ سماجی معیاروں اور اصولوں کی پابندی کرے گا۔ ان معیاروں کا اظہار بے ضابطہ طور پر عام طرز زندگی اور رسم و رواج کے ذریعے یا پھر باضابطہ طور پر نافذ کردہ قوانین کی صورت میں ہوتا ہے۔

سماجی ڈھانچے میں کسی فرد کی حیثیت جنس عمر یا اس کے عزیزوں کی پوزیشن کے اعتبار سے متعین ہوتی ہے یا وہ ذاتی کاوشوں اور کامرانیوں کے ذریعے اسے حاصل کرتا ہے۔ ایسے معاشروں یا تہذیبوں میں جنھیں "بند سماج" کہا جاتا ہے فرد کے لیے اس بات کے مواقع بہت کم ہوتے ہیں کہ وہ ذاتی کوششوں کے ذریعے کوئی مرتبہ حاصل کرے۔ ہندوستان میں ذات پات کا نظام اور قرون وسطیٰ میں یورپ کا جاگیردارانہ نظام بند سماج کی مثالیں ہیں۔ کھلے سماج میں فرد کو اپنا مقام حاصل کرنے کے لیے تعلیم یا پیشے کے میدان میں ذاتی کوششوں کے مواقع خاصی تعداد میں حاصل ہوتے ہیں۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ کو نسبتاً کھلا معاشرہ قرار دیا جاتا ہے۔ ذہنی صحت کے اعتبار سے ان دونوں معاشروں

کی اپنی اپنی خوبیاں بھی ہیں اور خامیاں بھی۔ بند سماج میں استقلال ہوتا ہے اس لیے کہ ہر فرد جانتا ہے کہ سماج میں اس کا مقام کیا ہے لیکن ایک ذہین شخص کے لیے یہ صورت حال بڑی مایوس کن ہوتی ہے۔ دوسری طرف کھلا ہوا معاشرہ مقابلے کے میلان کو بڑھاوا دیتا ہے۔ اور ذہین افراد کو اس کا موقع حاصل ہوتا ہے۔ کروہ اپنی صلاحیتوں کا استعمال کرکے اپنی حیثیت میں تبدیلی پیدا کرسکیں۔ لیکن اس صورت میں فرد احساسِ عدم تحفظ، عدم استقلال اور نااہلی کے شدید احساس کا شکار بھی ہو سکتا ہے۔

یہ ایک بنیادی مفروضہ ہے کہ سماجی بدنظمی، شخصی بدنظمی پیدا کرتی ہے۔ اس طرح یہ مفروضہ سماج کے ڈھانچے اور اس کی کارگزاریوں اور جذباتی اختلال کے باہمی ربط کا تصور پیش کرتا ہے۔ ایک مشہور ماہر عمرانیات ارنسٹ ڈبلیو۔ برگس (۱۹۵۵) نے اس مفروضے کو ان الفاظ میں بیان کیا ہے۔

"ذہنی صحت کی خرابی سماجی بدنظمی کی آئینہ دار ہوتی ہے۔ سماج اپنے اراکین کے سماجی رشتوں کی ایک بہت بڑی تنظیم ہے۔ جب سماج اچھی طرح منظم ہوتا ہے تو یہ اپنے اداروں اور جماعتوں کے ذریعے اپنے ممبروں کو ایسے فرائض اور ذمہ داریاں سونپتا ہے جن کے ذریعے ان کی انرجی کا صحیح استعمال ہوسکے اور ان کی خواہشات کی تکمیل کا بھی سامان ہو۔ اگر سماج اپنے اراکین کی ذہنی صحت کی حفاظت کے لیے حسب ضرورت سماجی رول فراہم کرنے میں ناکام رہے تو ذہنی امراض کے لیے یہ ایک ایسا سبب بن جائے گا جس کی اہمیت دوسرے سماجی اسباب کے مقابلے میں سب سے زیادہ ہوگی۔ اراکین کے لیے تسکین بخش رول تشکیل کرنے اور انھیں قایم رکھنے میں سماج کی ناکامی ہوگی۔ اراکین کے لیے تسکین بخش رول تشکیل کرنے اور انھیں قائم رکھنے میں سماج کی ناکامی ایسے افراد کے وجود کا سبب بن جاتی ہے۔ جو سماج کے خانوں میں فٹ نہیں ہو پاتے اور سماجی ماحول اور حالات سے یا تو مطابقت نہیں کر پاتے یا ناقص مطابقت کرتے ہیں۔ یہ افراد یا تو مجرم بن جاتے ہیں یا ذہنی مریض۔"

ایل۔ کے فرینک (۱۹۳۶) نے اس نظریے کو مزید آگے بڑھایا ہے۔ اس کا بیان زیادہ شدید ہے اور اس کا کثرت سے حوالہ دیا جاتا ہے۔ اس کا کہنا ہے۔

"صاحب فکر لوگوں کے درمیان یہ احساس بڑھتا جا رہا ہے کہ ہمارا معاشرہ ......

ور ذہنی طور پر منتشر معاشرہ ہے۔ اس کو علاج کی ضرورت ہے۔ ۔ ۔ ۔ جن خیالات و تصورات، اور عقائد کی بنیاد پر ہماری سماجی اور انفرادی زندگی کی تنظیم تھی ان کے انحطاط کے ساتھ ہماری روایتی تہذیب کا شیرازہ بکھر رہا ہے۔ جس کی وجہ سے ہم مکمل سماج کے علاج کے مسئلے سے دوچار ہو گئے ہیں۔ انفرادی علاج یا سزا کا مرض کی علامتوں میں اضافہ کرنے کے علاوہ اور کوئی مصرف باقی نہیں رہا ہے۔"

ایک سماج یا معاشرہ کم یا زیادہ بے ترتیبی کا شکار ہوتا ہے۔ معاشرے کی بدنظمی کس حد تک پہنچی ہوئی ہے اس کا پتہ ان باتوں سے چلتا ہے: طوائف بازی، الکوحل کی لت، نشہ آور دواؤں کا استعمال، شدید اور تخریبی نظریاتی کشاکش، منتشر کنبے اور دوسرے سماجی رشتوں کی شکست و ریخت، تعلیم و تفریح کے ناقص اور ناکافی وسیلے، رضاکارانہ انجمنوں میں اراکین کا باہمی عدم تعاون، نوبالغوں میں وسیع پیمانے پر پھیلی ہوئی بے راہ روی اور جرائم۔ یہ تمام مظاہر صرف آپس میں ہی ایک دوسرے سے مربوط نہیں ہوتے بلکہ ان کا تعلق ذہنی اختلال کے مریضوں کی تعداد میں اضافے سے بھی ہوتا ہے۔ جیسا کہ ہم بعد میں تفصیل سے دیکھیں گے کہ جن علاقوں میں ذہنی مریضوں کی تعداد سب سے زیادہ ہے وہاں غربت بھی سب سے زیادہ پائی جاتی ہے کمیونٹی کے ذرائع ناقص ہوتے ہیں اور جرائم کی شرح بھی حد سے بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔ کینیڈا کی کچھ منظم اور غیر منظم کمیونٹیوں کے موازنے سے لے ٹن (۱۹۵۹) نے معلوم کیا کہ غیر منظم کمیونٹی میں عصباتی، نفسی اور سماجی امراض میں مبتلا افراد کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے۔ میکسیکو میں کیے جانے والے ایک مطالعے سے بھی کم و بیش یکساں نتائج حاصل ہوئے تھے۔

(Murphy, 1962)

اس مفروضے سے کہ سماجی انتشار و بے ترتیبی سے جذباتی اختلال پیدا ہوتے ہیں، یہ نتیجہ اخذ کیا جا سکتا ہے کہ ذہنی صحت کے لیے کچھ مخصوص سماجی حالات کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ حقیقت وسیع پیمانے پر تسلیم کر لی گئی ہے کہ اپنے اراکین کی ذہنی صحت کو برقرار رکھنے کے لیے سماج کا فرض ہے کہ وہ ان کی بنیادی ضرورتوں کی تکمیل کرے۔ ان کے لیے ایسے سازگار حالات پیدا کرے کہ وہ کارآمد بنیں اور خود کو کارآمد محسوس کریں۔ ان کے لیے اظہار ذات کے مواقع پیدا کرنا بھی سماج کے فرائض میں داخل ہے۔ غیر منظم سماج ان فرائض کو پورا کرنے میں ناکام رہتا ہے۔ اس کا نتیجہ کشمکش اور جذباتی اختلال کی صورت میں ظاہر ہوتا

ہے۔

سماج میں نمایاں بدنظمی نہ ہو تو بھی کچھ ایسی سماجی تہذیبی طاقتیں موجود ہوتی ہیں جو ذاتی کشمکش اور جذباتی مشکلیں پیدا کرتی رہتی ہیں۔ سماج کے اندر پائے جانے والے چھوٹے چھوٹے تہذیبی گروہوں میں جو کشیدگی پائی جاتی ہے وہ فرد کی اندرونی کشمکش کی صورت اختیار کرسکتی ہے۔ مثال کے طور پر کسی ملک سے ہجرت کرکے آنے والے لوگوں کی پہلی نسل کے بچوں کو اپنے والدین کی بنیادی تہذیب اور نئے ملک میں پائی جانے والی تہذیب کے درمیان عدم موافقت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ یہ بچے اپنے آپ کو کسی بھی تہذیب کے ساتھ ضم نہ کرسکیں۔ کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ ایک مخصوص سماجی معاشی طبقے کا فرد سماجی رتبے کے لحاظ سے بلند مقام حاصل کرلیتا ہے۔ اب وہ اونچے طبقے کے طور طریقوں کو اختیار کرنا چاہتا ہے لیکن چونکہ معاشی طور پر وہ نچلے طبقے سے ہی تعلق رکھتا ہے اس لیے وہ ایک کشمکش میں پڑ جاتا ہے۔ ہو سکتا ہے وہ سوچے کہ اسے بیئر پینا اور پوکر کھیلنا چاہیئے (دولت مند طبقے کے مشاغل) لیکن ساتھ ہی وہ یہ بھی سوچتا ہے کہ یہ تضیع اوقات ہے۔ اس کے بدلے اُسے کچھ قابل قدر کتابیں پڑھنی چاہئیں۔ نسلی یا مذہبی اقلیتوں اور سماج سے بغاوت کرنے والے زیادہ شدید کشمکش کا شکار ہو سکتے ہیں۔ مثال کے طور پر جو شخص لواطت میں مبتلا ہو وہ عموماً سماج میں پسند نہیں کیا جاتا ہے۔ اسی طرح موجودہ سیاسی عقائد سے انحراف کرنے والا بھی شک کی نگاہ سے دیکھا جاتا ہے۔

سماج کے وہ مطالبے جو ایک دوسرے کے خلاف ہوں، مجموعی طور پر ذاتی کشاکش کا سبب بن سکتے ہیں۔ کیرن ہورنے کا نظریہ ہم چوتھے باب میں بیان کر چکے ہیں۔ اس کا خیال ہے کہ روایتی عصبی اختلال کی بنیاد دراصل سماج کے تین متضاد مطالبوں پر ہے۔ سماج ایک طرف مسابقت اور کامیابی پر زور دیتا ہے اور دوسری طرف برادرانہ محبت اور انکساری پر۔ یہ دونوں ایک دوسرے سے متصادم ہوتے ہیں۔ پھر تہذیب نئی ضروریات پیدا کرتی ہے۔ ان کی تکمیل کی راہ میں جو اڑچنیں پڑتی ہیں ان سے پیدا ہونے والا احساس نامرادی بھی کشاکش پیدا کرتا ہے۔ اسی طرح سماج فرد کو کچھ آزادی دیتا ہے اور ساتھ ہی کچھ ذمہ داریاں عائد کرکے اس آزادی کو محدود کر دیتا ہے۔ فرد کی اپنی خامیاں بھی اس کی آزادی کو محدود کر دیتی ہیں۔ ہورنے نے لکھا ہے۔

"ہماری تہذیب کے یہ تضاد ہی دراصل وہ مجادلے ہیں جن سے ایک عصبانی مریض نبرد آزما ہوتا ہے۔ اس کے جارحانہ رجحانات دوسروں سے محبت آمیز سلوک کرنے کے میلان سے ٹکراتے ہیں۔ حد سے زیادہ بڑھی ضروریات اور کچھ حاصل نہ کر سکنے کا خوف، توسیع ذات کی کوششیں اور لاچاری کا احساس، یہ سب مل کر اس کی کشاکش کا باعث بنتے ہیں۔"

تہذیب اور شخصیت

ہورنی کا نظریہ تہذیب اور نارمل شخصیت کے تعلق کو سمجھنے کا مسئلہ کھڑا کر دیتا ہے۔ زیادہ تر محققین کا خیال ہے کہ تہذیبی طور طریقے شخصیت کی نشوونما پر بہت گہرا اثر ڈالتے ہیں۔ ماہرین علم الانسان نے بہت سی مثالیں پیش کی ہیں جو اس نظریے کی تائید کرتی ہیں۔ زوُنی تہذیب میں ابتدائی عمر سے ہی بلند حوصلوں کے فقدان کو اچھا سمجھا جاتا ہے۔ بالی میں مائیں بچوں کو جذباتی طور پر برانگیختہ کرتی ہیں اور پھر انتہائی لاپرواہی سے ان کو نظرانداز کر دیتی ہیں جس کے نتیجے میں بچوں میں دفاعی سرد مہری، گوشہ نشینی اور جذباتی کشاکش سے دور رہنے کے اوصاف پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ اوصاف بلوغت کو پہنچنے پر بھی برقرار رہتے ہیں۔ سائیکس انڈین قبیلے کے بچوں میں شدید غصے کے اظہار کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے جس کے نتیجے میں بالغ ہونے پر ان میں لڑائی جھگڑے اور قبیلے سے باہر کے لوگوں پر ظلم کرنے کا رجحان اور معاندانہ جذبات پیدا ہو جاتے ہیں۔

کارڈنر نے شخصیت اور تہذیب کے ربط کی وضاحت کے لیے ایک نظریہ پیش کیا ہے۔ یہ ربط ہر معاشرے میں پایا جاتا ہے خواہ معاشرہ ترقی یافتہ ہو یا غیر ترقی یافتہ۔ کارڈنر کے مطابق ہر تہذیب میں ایک بنیادی شخصیتی ڈھانچہ پایا جاتا ہے۔ اس کا مطلب یہ ہے کہ اوصاف اور کردار کے کچھ ایسے معیار ہوتے ہیں جو ایک تہذیب کے اراکین میں مشترکہ طور پر پائے جاتے ہیں۔ تہذیب کا یہ بنیادی شخصیتی ڈھانچہ اولین اداروں کے ذریعے تشکیل پاتا ہے یعنی کنبے کی خصوصی نوعیت، بچوں کی پرورش کے رسم و رواج، بنیادی معاشی تکنیکیں وغیرہ وغیرہ۔ پھر یہ بنیادی شخصیت بکھو ثانوی تہذیبی اداروں کی نیو تیار کرتی ہے مثلاً مذہبی عقیدے، اقدار اور سماجی رویے وغیرہ وغیرہ۔ یوں ایلوری (ایسٹ انڈیز کے ایلور جزیرے کے باشندے) لوگوں میں بچوں کی پرورش اور نگہداشت میں کسی قسم کی پابندیوں اور مستقل مزاجی سے کام

نہیں لیا جاتا۔ مائیں اکثر گھر سے غائب رہتی ہیں۔ دودھ چھڑانے کے دور میں بچے کو زبردستی الگ کر دیا جاتا ہے۔ بڑے عموماً بچوں کو دِق کرتے اور ان کے ساتھ فریب کرتے رہتے ہیں۔ اس کا براہِ راست نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایلور جزیرے کی مخصوص شخصیت میں ناموزونیت اور نااہلی کا احساس اور دوسروں سے کنارہ کشی جیسے اوصاف پائے جاتے ہیں۔

ان لوگوں کی امتیازی خصوصیت پست ہمتی ہے۔ وہ زود رنج، شکوک، عقدہ در اور دوسروں پر تکیہ کرنے والے ہوتے ہیں۔ بالغ ہونے پر ایک دوسرے پر شک کرتے ہیں۔ قبیلے کا ہر فرد ہر چیز سے زیادہ اپنے ذاتی تحفظ کا خیال کرتا ہے۔ مغربی معاشرے کے اوّلین تہذیبی ادارے بھی شخصیت کی نشو ونما میں اسی قدر اہمیت رکھتے ہیں لیکن ان کے بنیادی عناصر کی تشریح کرنا اور انھیں ایک دوسرے سے ممیز کرنا اتنا آسان نہیں ہے جتنا غیر ترقی یافتہ تہذیبوں میں پائے جانے والے عناصر کی تشریح کرنا۔ بہر حال دوسری تہذیبوں کے مطالعے کی بنا پر اس مفروضے میں خاصہ وزن محسوس ہوتا ہے کہ تہذیب شخصیتی اوصاف کی تشکیل پر اثر انداز ہوتی ہے خواہ یہ اثر اوّلین اداروں کے ذریعے ہو یا کسی اور ذریعے۔ اس لیے شخصیت اور کردار میں پائی جانے والی ابنارمل خصوصیتوں کے سماجی تہذیبی اسباب کی تحقیق کے لیے ایک نظریاتی بنیاد موجود ہے۔

سماج اور تہذیب پر کیے جانے والے تحقیقی مطالعوں کا طریقِ کار

سماجی تہذیبی عوامل کے اثرات کا مطالعہ کرنے کے لیے ضروری ہے کہ کنبوں، پڑوس، معاشی حالات دوسرے تہذیبی اداروں اور تہذیبی مظاہر پر کنٹرول شدہ تجربے کیے جائیں اور پھر ان تجربوں سے حاصل ہونے والے نتائج کا بہ نظرِ غائر مشاہدہ کیا جائے۔ مثال کے طور پر اس کے لیے کچھ پڑوسی علاقوں کو باضابطہ طور پر غیر منظم بنایا جائے اور کچھ کو باضابطہ طور پر بدنظمی سے محفوظ رکھا جائے۔ ظاہر ہے کہ اس قسم کی تحقیق کا ڈھانچہ غیر اخلاقی بھی ہے اور ناقابلِ عمل بھی۔ جو تحقیقی مطالعے کیے جا چکے ہیں وہ فطری طور پر رونما ہونے والے سماجی حالات و واقعات اور ان کے نتیجے میں پیدا ہونے والے کردار کے فطری مشاہدے پر مشتمل ہیں۔ ان میں کنٹرول شدہ تجربوں کا دخل نہیں ہے۔ یہ مطالعے شماریاتی ربط پر مبنی ہیں اس لیے ان میں وہ تمام نقائص و شکوک موجود ہیں جو ربط کے ذریعے وجوبات کا تعین کرنے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

تاہم تقریباً تمام مشاہدین اس مشترک نتیجے پر پہنچے ہیں کہ کردار کے اختلال میں سماج اور تہذیب سے تعلق رکھنے والے اسباب کا بڑا زبردست ہاتھ ہوتا ہے۔

سماجی تہذیبی اسباب کے مطالعے میں دو بنیادی سوال شامل ہیں (۱) کسی معاشرے یا تہذیب میں ابنارمل کردار کی تکرر کیا ہے اور (۲) چونکہ یہ مطالعے شماریاتی ربط پر مبنی ہیں اس لیے ان سے حاصل ہونے والے نتائج کی وضاحت کس طرح کی جائے کہ اسباب و علائل کے تعلق سے کچھ نتائج اخذ کیے جاسکیں۔

ابنارمل کردار کی تکرر کا تعیّن

ابنارمل کردار کی تکرر کا تعیّن کرنا آسان نہیں ہے اس لیے کہ سب سے پہلے اس کا انحصار اس بات پر ہے کہ کسی تہذیب یا معاشرے میں ابنارمل علامتوں کے تئیں کیسے رویے پائے جاتے ہیں۔ کچھ غیر ترقی یافتہ معاشروں میں دماغی مریض کو آسیب زدہ سمجھا جاتا ہے (ہمارے ملک کے دیہاتوں اور پس ماندہ علاقوں میں بھی یہ خیال عام ہے۔ مترجم) کچھ معاشرے ان کو مجرم سمجھتے ہیں جن کو قید کی سزا ملنی چاہیے اور کچھ معاشرے ان کو مریض سمجھتے ہیں جن کا علاج کیا جانا چاہیے۔ ظاہر ہے کہ کسی معاشرے میں ذہنی مریضوں کی تعداد کا تعیّن ان رویّوں پر بھی منحصر ہوگا۔ اگر کسی معاشرے کے افراد ذہنی امراض کو باعث شرم سمجھتے ہیں تو وہ اس کے متعلق گفتگو سے احترازکریں گے۔ پچھلی کچھ دہائیوں کے اندر ریاستہائے متحدہ امریکہ میں جذباتی اختلال کو بدنامی کا باعث تصور کرنے میں خاصی کمی آئی ہے۔ اس کی وجہ سے ان لوگوں کی تعداد میں اضافہ ہوا ہے جو اپنی مرضی سے دماغی اسپتالوں میں بھرتی ہونے کے لیے جاتے ہیں۔ اس کے مقابلے میں ان لوگوں کی تعداد میں کمی آئی ہے جو عدالت کے حکم یا ڈاکٹر کے سرٹیفکیٹ کی وجہ سے داخل کیے گئے ہیں چونکہ جو لوگ اپنی مرضی سے ہسپتال جاتے ہیں ان کا مرض ان افراد کے مقابلے میں کم سنگین ہوتا ہے جن کو دوسرے لوگ اسپتال لے جاتے ہیں اس لیے ان کی خاصی بڑی تعداد کو جنونی کی بجائے عصباتی مریض ہی قرار دیا جاتا ہے اسی طرح اعداد و شمار میں تبدیلی آجاتی ہے۔

تعدّد یا تکرر کا تعیّن ابنارمل کیفیت کی تشریح پر بھی منحصر ہوتا ہے۔ مختلف تہذیبوں پر تحقیق کرنے سے یہ مسئلہ پیدا ہوا ہے کہ ابنارمل کیفیت کے لیے ہم اپنا معیار استعمال کریں

یا دوسرے معاشروں اور تہذیبی جماعتوں میں استعمال ہونے والا معیار۔ ہم جن کرداروں کو ابنارمل سمجھتے ہیں ہو سکتا ہے کہ کسی دوسری تہذیب میں ان کو ماحول سے مطابقت پیدا کرنے کے لیے ضروری سمجھا جاتا ہو۔ مثال کے طور پر ہو سکتا ہے کہ کچھ ایسے کردار جن کو ہم ہسٹریائی، مراقی بلکہ جنونی سمجھتے ہیں، کسی قدیمی تہذیب میں ایک شخص کے معالج بننے کے لیے ضروری ہوں۔ اسی طرح آسٹریلوی قبیلے کا ایک فرد کوٹ اور ٹائی پہننے، آفس میں کام کرنے اور دُکان سے گوشت خریدنے والے کو عجیب و غریب اور غیر فطری انسان تصور کرے۔ اس لیے کہ اس کے نزدیک شکار مار کر گزر اوقات کرنا زیادہ فطری اور بہتر ہے۔ ایریتی اور میتھ نے بتایا ہے کہ مغربی ملکوں میں خودکشی کو جذباتی اختلال کی علامت سمجھا جاتا ہے لیکن جاپان میں کچھ خصوصی حالات کے تحت خودکشی کو نارمل قرار دیا جاتا ہے۔ ڈوبو جزیرے کے باشندوں میں کوئی بھی با ہوش و حواس عورت اپنا کھانا پکانے کے برتنوں کو بغیر نگرانی کے نہیں چھوڑتی ہے اس لیے کہ اسے ہمیشہ زہر دیئے جانے کا خطرہ ہوتا ہے۔ ہم اسے مرض پیرانوئیا کی علامت سمجھیں گے۔ کچھ اسکیمو قبیلوں میں ماں اپنے بیٹے کے قاتل کو بیٹے کی جگہ قبول کر لیتی ہے۔ ایک اور قبیلے کے افراد میں ماموں اور بھانجے کے درمیان لواطت جائز ہے۔ تبت میں جب باپ بوڑھا ہو جاتا ہے تو اس کے بیٹوں کی جماعت اس کی دوسری بیوی کو وراثت میں حاصل کر لیتی ہے۔ لوا جو قبیلے میں مرد ایسی بیوہ سے شادی کر سکتا ہے جس کی پہلے شوہر سے لڑکی موجود ہو۔ بعد میں وہ بیوہ کو چھوڑ کر اس کی بیٹی کو زوجیت میں لے لیتا ہے۔ اسی طرح ایک اور قبیلے میں ماں اور بیٹی سے بیک وقت شادی کی جا سکتی ہے۔ یہ ایسے کردار کے محض چند نمونے ہیں جسے ہم ابنارمل قرار دے سکتے ہیں لیکن دوسری تہذیبی جماعتیں انھیں بالکل فطری اور نارمل سمجھتی ہیں۔

تاہم اس طرح کے اختلافات کے باوجود مختلف نوعیت کی تہذیبوں میں ابنارمل کیفیت کے متعلق ایک متفقہ خیال پایا جاتا ہے۔ مثال کے طور پر اسکیمو اور نائیجیریا کے یوربا قبیلے افراد میں ذہنی اختلال کے مطالعے سے معلوم ہوا کہ جن افراد کو ان قبیلوں میں ابنارمل قرار دیا گیا تھا وہ ہمارے معیار کے مطابق بھی ابنارمل تھے (۱۹۶۲) لوگوں کی ایک بہت بڑی تعداد کا جائزہ لینے کے بعد ایریتی اور میتھ بھی اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ نفسیاتی امراض کی تشخیص اور اصناف بندی میں ان لوگوں میں بھی خاصی بڑی حد تک اتفاق پایا جاتا ہے۔

جن کے تہذیبی معیاروں میں بڑا زبردست فرق موجود ہے۔ نفسیاتی مریضوں کی بڑی تعداد ہر جگہ اور ہر دور میں ہمارے یہاں کے مریضوں سے بڑی حد تک ملتی جلتی رہی ہے۔ اس کا مطلب یہ ہوا کہ اس اعتبار سے مختلف تہذیبوں کا موازنہ بے معنی نہیں سمجھا جائے گا اس سے کچھ معنی خیز نتائج حاصل کیے جا سکیں گے۔

ایک واحد تہذیب میں ذہنی امراض کے تعدد کا تعین ان تبدیلیوں پر بھی منحصر ہے جو وقت کے اعتبار سے ان امراض کی درجہ بندی میں پیدا ہوتی ہیں الکوحلیت اور جنسی انحراف کی بہت سی مثالیں جو پہلے بے راہ روی یا جرم کہلاتی تھیں۔ اب شخصیتی اختلال کی صنف میں رکھی جانے لگی ہیں۔ جن مریضوں کو پہلے مانیا کا مریض قرار دیا جاتا تھا وہ انتشارِ نفس کے مریض یا Schizo کہلاتے ہیں۔ اس لیے تعدد سے تعلق رکھنے والے مطالعوں میں وقت کے ساتھ تبدیل ہونے والی درجہ بندی کو ذہن میں رکھنا چاہیے اور ان کے مطابق اپنی تصحیح کرتے رہنا چاہیے۔

اس بات کا فیصلہ کرنا ضروری ہے کہ تعدد کا تعین کرنے کے سلسلے میں کم از کم کس درجے کی ابنارمل کیفیت کو ملحوظ خاطر رکھا جائے گا۔ اگر ہم ایک سادہ سوال کریں کہ ریاستہائے متحدہ کی کتنی فی صد آبادی ذہنی اختلال کا شکار ہے تو ہم کو مختلف جواب ملیں گے۔ اس لیے کہ ان جوابوں کا انحصار اس بات پر ہوگا کہ ہم ذہنی اختلال کی تشریح کس طرح کرتے ہیں (دیکھیے پہلے باب میں ابنارمل کیفیت کے شماریاتی معیار سے کی جانے والی بحث) اگر ہم دماغی اسپتال میں داخل ہونے کو ابنارمل کیفیت کا معیار قرار دیتے ہیں تو اس صورت میں جواب ہوگا۔ پندرہ سے بیس فی صد لیکن اگر ہم گھر پر رہنے والے عام افراد میں پائی جانے والی علامتوں کی تحقیق کے نتائج کو معیار قرار دیں تو جواب ملے گا اسّی فی صد جیسا کہ نیویارک سٹی کے ایک حالیہ جائزے سے ظاہر ہوا۔

تعدد یا تکریر کے چار شماریاتی پیمانے ہیں۔ ان چاروں کو ایک دوسرے سے میز کرنا ضروری ہے ان میں سے ہر پیمانہ ایک علاحدہ مقصد کی تکمیل کرتا ہے۔ ان میں سے تین پیمانے یعنی وقوع، موجودگی، اور اندیشہ یہ ظاہر کرنے کے لیے استعمال کیے جاتے ہیں کہ کوئی مخصوص اختلال یا مجموعی طور پر اختلال کی سب ہی قسمیں عام آبادی کے کتنے بڑے حصے میں موجود ہیں۔ وقوعی شرح سے یہ معلوم ہوتا ہے کہ کسی خاص مدت (فرض کیجیے ایک برس)

میں کتنے افراد بیمار پڑتے ہیں۔موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے کہ ایک خاص دور میں کتنے افراد بیمار ہیں اور اندیشے سے یہ مراد ہے کہ اپنی پوری زندگی کے دوران کتنے افراد کے بیمار پڑنے کا اندیشہ ہے جو تھا پیمانہ یعنی فی صد تکریر یہ ظاہر کرتا ہے کہ کسی مخصوص مرض کے تحت کتنے فی صد مریضوں کو دیکھا جا سکتا ہے۔

تکریر سے تعلق رکھنے والے اعداد و شمار کی تشریح

کسی ایک مطالعے کی بنیاد پر سماجی تہذیبی اسباب و علائل کے متعلق کوئی اندازہ لگانا ہمیشہ غلط ہوگا۔مثال کے طور پر دیکھیے کہ ۱۹۵۵ء میں نیویارک میں ذہنی امراض کی موجودگی کی شرح فی ۱۰۰،۰۰۰ افراد ۴۸۰ تھی جبکہ ایری زونا میں فی ۱۰۰،۰۰۰ افراد ۱۴۴ افراد ذہنی امراض میں مبتلا تھے۔ان اعداد و شمار سے یہ نتیجہ اخذ کرنا کہ نیویارک کے سماجی حالات ریاست ایری زونا کے مقابلے میں چار گنا زیادہ خراب ہیں، حماقت کے سوا کچھ نہیں۔نیویارک میں یہ شرح اس لیے زیادہ ہے کہ یہاں لوگوں کو ہسپتال میں داخل ہونے کی سہولیات زیادہ میسر ہیں۔ان اعداد و شمار سے ہم یہ نہیں معلوم کر سکتے کہ اگر ہم باقی اسباب مثلاً طبی سہولیات وغیرہ کو کنٹرول کر لیں تو نیویارک میں دماغی مریضوں کی شرح زیادہ، کم یا یکساں رہے گی۔

اگر سب مطالعوں کو یکجا کیا جائے تو یقینی طور پر یہ ثابت ہوتا ہے کہ سماجی تہذیبی عوامل تفاعلی امراض پر خاصی حد تک اثر انداز ہوتے ہیں۔یہی نہیں تہذیبی اسباب عضویاتی بیماریوں پر بھی بہت گہرا اثر ڈالتے ہیں۔مثال کے طور پر سماجی تہذیبی حالات آتشک کو متاثر کرتے اور اس طرح آتشک کی وجہ سے پیدا ہونے والے مرض استرخا پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں۔ کچھ پس ماندہ ملکوں میں ملیریا اور ناقص غذا کی وجہ سے پیدا ہونے والی بیماریاں مثلاً پیلیگرا وغیرہ عام ہیں۔ان کی وجہ سے ذہنی اختلال کی شرح میں اضافہ ہو جاتا ہے۔غذا میں پروٹین کی کمی جو پس ماندہ علاقوں میں بہت عام ہے ایک نفسیاتی بیماری پیدا کرتی ہے جسے کواشرکر کہتے ہیں۔یہ بیماری افریقہ کے بچوں میں بہت عام ہے۔الکوحل اور زہریلے صنعتی کیمیائی مادوں کی وجہ سے پیدا ہونے والے عضویاتی جنون مغربی ملکوں میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ان کی جگہ پس ماندہ اور غیر ترقی یافتہ قبیلوں میں نشہ آور دواؤں سے پیدا ہونے والے ذہنی اختلال عام ہیں۔اس کے علاوہ چونکہ صنعتی اور شہری علاقوں میں رہنے والے لوگ زیادہ عمر پاتے ہیں۔

اس لیے ایسی جگہوں میں بڑھاپے کی وجہ سے پیدا ہونے والے ذہنی امراض کی تعداد بھی زیادہ ہوتی ہے۔

تحقیق کے طریقوں کے نقطۂ نظر سے تین قسم کے سماجی تہذیبی مطالعوں کو ایک دوسرے سے ممیز کیا جانا چاہیے۔ بین ثقافتی مطالعے، مختلف زمانوں میں جو مختلف سماجی حالات موجود رہے ہوں ان کے اعتبار سے ابنارمل کردار کا مطالعہ (مثلاً ۱۸۴۰ء اور ۱۹۴۰ء کے درمیان پائے جانے والے ذہنی اختلال کی قسموں کا مطالعہ اور موازنہ) اور ایک ہی سماج میں ایک ہی واحد متغیرے کے تحت کیا جانے والا مطالعہ (مثلاً سماجی معاشی طبقہ، جنگ و امن، ازدواجی حیثیت وغیرہ وغیرہ)

بین ثقافتی مطالعے

آٹھویں اور نویں صدی کی رومانی تحریک کے دوران عام طور پر لوگوں کا خیال تھا کہ زندگی کے قدیمی طور طریقے ذہنی استقلال پیدا کرتے ہیں جب کہ متمدن زندگی ذہنی اختلال کا سبب بنتی ہے۔ ۱۸۲۸ء میں سر اینڈریو ہیلی ڈے نے لکھا تھا۔

ارتقا کے عمل یا تربیت کے ذریعے انسانی ذہن کے اجزا بہت نفیس ہو گئے ہیں لیکن ارتقا کے اس عمل میں اگر صحت کو شامل نہ کیا گیا تو ان میں بہت جلد خلل واقع ہو جائے گا۔ جنگلی افراد میں ہمیں جنون کی مثالیں شاذ و نادر ہی ملتی ہیں۔ افریقہ کی سیاحت کرنے والوں میں سے کسی نے نہیں کہا کہ کبھی اس کا سابقہ کسی پاگل سے پڑا تھا۔ ویسٹ انڈیز کے غلاموں میں یہ مرض شاذ و نادر ہی پیدا ہوتا ہے۔ ویلش پہاڑیوں کے خوش و خرم کسانوں کے کچھ مغربی قبائل اور آئرلینڈ کے جنگلی یہ سب ذہنی امراض سے تقریباً مبرا ہیں۔"

اسی سال جارج بروز نے لکھا تھا۔

"بہت سے اسباب جو ذہنی اختلاط پیدا کرتے ہیں۔ فرد کے جذبات و احساسات کی بجائے سماجی حالات میں پوشیدہ ہوتے ہیں۔ سماج جتنا پر تصنع یعنی متمدن ہوتا ہے۔ اتنا ہی ان اسباب کی کثرت اور تاثیر میں اضافہ پایا جاتا ہے۔ یوں تو تہذیب تمدن کی تمام برائیاں ان کے اضافے کا سبب ہیں لیکن اگر اخلاقی قدروں، مذہب، سیاست اور فلسفے کی پیروی بہت زیادہ جوش و خروش کے ساتھ کی جائے تو اس سے بھی ذہنی اختلال پیدا ہوتے ہیں۔ وہ حالات جو ان پر اثر انداز ہوتے ہیں ان کی تلاش

زندگی کے تمام روابط، دستور و آئین اور غالباً تعلیم میں سب سے زیادہ کرنی چاہیے"

۱۸۷۳ء اسکاٹش اسائیلم کے سپرنٹنڈنٹ اے۔ ایف۔ براؤنی نے کچھ اعداد و شمار پیش کیے تھے جن سے ظاہر ہوتا ہے کہ یورپ کے مقابلے میں ریاستہائے متحدہ میں ذہنی امراض کا تعدد زیادہ ہے۔ انھوں نے اس کے لیے حسب ذیل وضاحت پیش کی۔

"غالباً یہ فرق تیزی کے ساتھ حاصل کی جانے والی دولت اور اس دولت کی وجہ سے پیدا ہونے والی پرتعیش سماجی عادتوں کی وجہ سے ہے۔ یقیناً عیش و عشرت اور جنون کا چولی دامن کا ساتھ ہے۔ تمدن کے ساتھ اچانک اور ہیجان پیدا کرنے والی تبدیلیاں آتی ہیں . . . . زندگی کے مقاصد کے تئیں غلط نقطۂ نظر، حوصلے تو قعات اور خوف وجود میں آجاتے ہیں۔ یہ ساری باتیں ان لوگوں میں معدوم ہیں جو ابھی قدیم اور غیر ترقی حالت میں ہیں"

حالیہ مشاہدوں اور مطالعوں نے متمدن سماج اور غیر ترقی یافتہ معاشروں کے موازنے کو اتنا بڑھا چڑھا کر پیش کرنے کی کوشش نہیں کی ہے۔ ان میں ایک وقت میں ایک ہی تہذیب پر دھیان مرکوز رکھا گیا ہے یا ان کی بہت قلیل تعداد کا آپس میں موازنہ کیا گیا ہے۔ میلی نوسکی (۱۹۲۷) نے ٹروبرئنڈ جزیرے کے باشندوں کا مطالعہ کیا اور اس بات کا اعلان کیا کہ ان کے ایک بھی فرد میں ہسٹیریا، عضلات کی عصباتی حرکت واہمہ مسلط یا جبر کی علامات نہیں پائی گئیں۔ فارس کو کانگو کے باشندوں میں جنون کی محض معدودے چند مثالیں مل سکیں۔ اس کا کہنا ہے کہ اس کی وجہ ان کی سادہ اور مربوط سماجی تنظیم میں پوشیدہ ہے۔ کراؤسرز (۱۹۵۳) کی رپورٹ کے مطابق کینیا میں دماغی ہسپتالوں میں داخل ہونے والوں کی تعداد اس تعداد کے مقابلے میں بہت کم ہے جو ریاستہائے متحدہ اور کینیڈا میں پائی جاتی ہے۔ لیکن ان دریافتوں پر کلی اعتبار نہیں کیا جا سکتا۔ اس لیے کہ غیر ترقی یافتہ تہذیبوں میں ذہنی مریضوں کی طبی امداد کے لیے وافر سہولتیں موجود نہیں ہوتیں (اس لیے وہ ہسپتال میں داخل نہیں ہوتے اور ان کی کل تعداد واضح طور پر سامنے نہیں آتی)۔ اس کے علاوہ ان معاشروں میں ذہنی امراض کو عموماً باعث ننگ سمجھا جاتا ہے اور دوسروں سے چھپایا جاتا ہے اکثر وہ افراد جو شدید جنون کا شکار ہوں بے بسی کی موت مرنے کے لیے چھوڑ دیے جاتے ہیں۔ اگر ان میں تشدد پیدا ہو جائے تو انھیں قتل کرنا بھی نار وا نہیں سمجھا جاتا۔ یہ واضح ہو چکا ہے کہ کچھ ذہنی امراض جو قدیم معاشروں میں پائے جاتے ہیں، مغربی معاشرے میں بالکل نہیں ملتے لاٹھہ

یعنی الفاظ کی بے معنی تکرار یا دوسروں کی حرکات کی نقالی جو ملایا میں ملتی ہے، ایمک یعنی کسی کو قتل کرنے کی اچانک اور شدید خواہش جو ملایا اور فلپین میں ملتی ہے۔ افریقہ کے ایک حصے ایسٹ انڈیز میں پائے جانے والے مرضیاتی خوف کورو جس میں عضو تناسل کے شکم میں سما جانے کا ڈر سر پر سوار ہو جاتا ہے، وٹیگو ایک جنون جو اسکیموؤں میں پایا جاتا ہے جس میں مراق کے ساتھ آدم خور بن جانے کا خوف مسلط ہو جاتا ہے اور بہت سے قبائلیوں میں پائی جانے والی موت جو اس یقین کا نتیجہ ہوتی ہے کہ فرد پر سحر کر دیا گیا ہے، شامل ہیں (مغربی ممالک کے لوگوں کو موت بذریعہ سحر ایک خیالی بات معلوم ہوتی ہے لیکن اس کے کئی باقاعدہ ثبوت مل چکے ہیں) یہ ذہنی امراض جو کچھ تہذیبوں میں پائے جاتے ہیں اور کچھ میں نہیں پائے جاتے معاشرے اور تہذیب کی اثر اندازی کو ثابت کرنے کے لیے کافی ہیں۔

یہ بھی ثابت ہو چکا ہے کہ ہندوستان اور جاپان میں انتشار نفس کے مریض مغربی ممالک کے مریضوں کے مقابلے میں کم تشدد پسند ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ انتشار نفس کے واہموں کی نوعیت بھی تہذیبی عوامل سے متاثر ہوتی ہے۔ غیر ترقی یافتہ قبائل میں جنون کے مریض اکثر شکایت کرتے پائے جاتے ہیں کہ ان کو زہر دیا جا رہا ہے یا ان پر سحر کر دیا گیا ہے جب ترقی یافتہ تہذیبوں میں ان کا خیال ہوتا ہے کہ ان کو ریڈیو ٹیلی ویژن یا دوسرے میکانکی ذرائع سے اذیت پہنچائی جا رہی ہے۔

ایٹن اور ویل نے ہٹ رائٹ قبیلے پر ایک مطالعہ کیا۔ یہ قبیلہ کناڈا اور جنوبی ڈکوٹا میں دیہی باشندوں کی ایک الگ تھلگ بسی جماعت ہے۔ ان کے متعلق ایک نمایاں انکشاف یہ ہوا کہ ان میں اضمحلال کی کیفیت زیادہ اور انتشار نفس اور سماج دشمن کردار کی مثالیں کم ملتی ہیں اس کا سبب یہ بتایا گیا ہے کہ اس فرقے میں آپسی تعلقات، اخلاقی پابندیوں اور خود اپنی ذات کو موردِ الزام ٹھہرانے پر بہت زور دیا جاتا ہے۔ یہ امر بھی قابل ذکر ہے کہ اضمحلال کے عام ہونے کے باوجود اس قبیلے میں خودکشی کی واردات نہیں پائی گئی۔ ہٹ رائٹ تہذیب ریاستہائے متحدہ امریکہ اور کینیڈا کی غیر وابستہ تہذیب کے مقابلے میں ایک سربستہ تہذیب ہے یہ بات پایۂ ثبوت کو پہنچ چکی ہے کہ کسی تہذیب کا دروازہ جتنا کم کھلا ہوا ہوگا اور شہری اثرات اور علم و دانش سے وہ جتنی کم متاثر ہوگی اس میں خودکشی کی شرح اتنی ہی کم ہوگی۔ مثال کے طور پر شمالی حصے کی بہ نسبت جنوبی اٹلی میں خودکشی کی شرح کم ہے۔ حالانکہ

جنوبی اٹلی میں جذباتی الجھنیں زیادہ عام ہیں۔ اسی طرح ریاستہائے متحدہ کے حبشیوں میں خودکشی کا رجحان سفید فاموں کی بہ نسبتاً کم پایا جاتا ہے۔ بادی النظر میں یہ فرق معاشی اور تہذیبی ترقی کے فرق کا آئینہ دار ہے۔

مختصر طور پر ہم یہ کہہ سکتے ہیں کہ مختلف تہذیبوں کا موازنہ کرنے سے ظاہر ہوتا ہے کہ بہت سے ایسے مجموعۂ علامات جو کچھ غیر ترقی یافتہ تہذیبوں میں پائے جاتے ہیں، مغربی تہذیب میں نہیں ملتے۔ تہذیب اور معاشرت کا فرق بعض کثیر الوقوع امراض مثلاً انتشار نفس پر اثر انداز ہوتا ہے اور مختلف تہذیبوں میں مختلف امراض نفسی کی موجودگی کی شرح الگ الگ ہوتی ہے۔ تاہم ابھی تک یہ نہیں طے ہو سکا ہے کہ تہذیب بذات خود صحت کے لیے اچھی شے ہے یا بری۔ تمدن فرد پر جو دباؤ ڈالتا ہے اور جس کشمکش میں اسے مبتلا کر دیتا ہے اس کا ازالہ اونچے معیار زندگی، غذا کی کافی اور مناسب فراہمی، جسمانی امراض پر قابو اور بہت سے دوسرے سودمند اثرات کی صورت میں ہو جاتا ہے۔

وقت کے ساتھ پیدا ہونے والی تبدیلیوں پر تحقیقی مطالعے

طویل مدتی رجحانات پر گولڈ ہیمر اور مارشل (۱۹۵۳) نے ایک شاندار مطالعہ کیا ہے۔ میساچوسٹس سے دستیاب ہونے والے اعداد و شمار سے معلوم ہوا ہے کہ ۱۸۴۰ء سے ۱۹۴۰ء کے درمیان دماغی اسپتالوں میں داخل ہونے والے افراد کی شرح دگنی ہو گئی تھی لیکن یہ اضافہ ان افراد کی وجہ سے ہوا تھا جن کی عمر پچاس سال یا اس سے زاید تھی۔ ایک صدی پہلے معمر افراد کی دیکھ بھال گھر پر ہی ہو جایا کرتی تھی۔ لیکن جیسے جیسے دیہی زندگی کی جگہ شہری زندگی نے لی، کنبے اور رہائشی مکان چھوٹے ہوتے گئے اور بوڑھے لوگوں کے ہسپتال میں داخل ہونے کی شرح میں اضافہ ہوتا گیا۔ اس کے علاوہ عام آبادی میں بھی بوڑھے لوگوں کا تناسب خاصہ بڑھ گیا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ نئی ایجادات اور دواؤں کی وجہ سے اوسط عمر میں اضافہ ہوا ہے۔ ۵۰ سال کی عمر سے پہلے پیدا ہونے والے جنون کی تکرر کی شرح ان سو برسوں میں تقریباً یکساں رہی ہے۔ حالانکہ اس دوران ذہنی مریضوں کو ہسپتال میں داخل کرنے کے متعلق لوگوں کے خیالات میں خاطر خواہ تبدیلی پیدا ہوئی ہے۔ ساتھ ہی طبی سہولیات کی فراہمی میں بھی اضافہ ہوا ہے۔

ان نتائج کی تشریح دو طرح سے کی جا سکتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ جدید زندگی کا دباؤ ذہنی اختلال پیدا کر رہا ہو لیکن یہ دباؤ تمام عملی مقاصد کے لیے ۱۸۴۰ء کے لگ بھگ ہی اپنی آخری حد تک پہنچ چکے تھے۔ یعنی اس کے بعد ان میں مزید اضافہ نہیں ہو رہا تھا ۔ ۱۸۴۰ء کے لگ بھگ پہلے کے رجحانات کا پتہ لگانے کے لیے معتبر ریکارڈ موجود نہیں ہیں ۱۸۴۰ء تک میسا چوسٹس میں صنعتیں پوری طرح پھیل چکی تھیں۔ اس وقت اس ریاست میں تیزی سے تبدیلیاں آ رہی تھیں باہر سے آنے والے لوگوں کی تعداد میں برابر اضافہ ہو رہا تھا۔ یہ تینوں سماجی خصوصیات جذباتی انتشار کے ساتھ وابستہ کی جاتی ہیں۔ جیسا کہ ہم بعد میں دیکھیں گے۔ دوسری متبادل وضاحت یہ ہو سکتی ہے کہ ہمارے جدید معاشرے میں ذہنی صحت کو برقرار رکھنے کے لیے بہت سے ذرائع موجود ہیں۔ یہ ذرائع بڑھتے ہوئے تہذیبی دباؤ کے منفی اثرات کو کم کرتے ہیں۔ پہلے بھی کہا جا چکا ہے کہ مناسب غذا، مناسب معیار زندگی اور جسمانی بیماریوں پر قابو، ذہنی صحت کے لیے سود مند ثابت ہوتے ہیں۔ ۱۸۴۰ء کے بعد سے ان سب میں بہت بڑی ترقی رونما ہوئی ہے۔ حالانکہ ان کی وجہ سے عمر میں بھی اضافہ ہوا ہے اور عمر میں اضافے کے باعث بڑھاپے میں پیدا ہونے والے ذہنی امراض کی تعداد میں بھی اضافہ ہوا ہے۔ لوگوں کی اوسط عمر میں اضافہ ہونے کی وجہ سے بچوں کی کم تعداد یتیم ہوتی ہے (یہ بتایا جا چکا ہے کہ والدین کی شفقت سے محرومی ذہنی صحت کے لیے نقصان دہ ہے) ایک اور عامل جو جدید سماج میں ذہنی صحت میں اضافے کا باعث سمجھا جا سکتا ہے وہ یہ ہے کہ جدید معاشرے میں نچلا طبقہ محدود اور متوسط طبقہ زیادہ وسیع ہوتا ہے۔ یہ ہم بعد میں واضح کریں گے کہ جنون نچلی سماجی معاشی سطح پر کیوں زیادہ پایا جاتا ہے۔ ہم یقین کے ساتھ یہ نہیں کہہ سکتے کہ ان حقائق کی کون سی تشریح صحیح ہے لیکن یہ ضرور یقین کے ساتھ کہہ سکتے ہیں کہ اس مقبول عام خیال کا کوئی تجرباتی ثبوت موجود نہیں ہے کہ شدید ذہنی امراض جدید تہذیب کی دین ہیں۔

خلوصی امراض کی تشخیص کے سلسلے میں مختلف زمانوں کا موازنہ کرنے سے کچھ نمایاں انکشافات ہوئے ہیں۔ پہلی جنگ عظیم کے دوران بہت سارے مریض تحویلی علامتوں کے شکار تھے لیکن دوسری جنگ عظیم کے دوران یہ علامتیں بہت کم تھیں۔ ان کی جگہ تشویش اور نفسی جسمانی علامتیں زیادہ تھیں۔ اس تبدیلی کو ہم دونوں جنگوں کی نوعیت سے وابستہ کر سکتے ہیں۔ پہلی جنگ عظیم میں سپاہیوں کو خندق میں بیٹھنا اور انتظار کرنا پڑتا تھا جبکہ

دوسری جنگ نقل و حرکت اور مسلسل خطرے کی جگہ اچانک سر پر آجانے والے خطرے کی جنگ تھی۔ ممکن ہے مسلسل اور لامتناہی اکتاہٹ خطرہ اور انتہائی شدید تکلیف دہ رہائشی حالات کے مشترکہ اثرات کے دفاع کے لیے ہسٹیریا کے یہ قدیمی طریقے بے سود ثابت ہوئے ہوں اور ان کی جگہ تشویش نے زیادہ مفید کام کیا ہو۔ یہ براہ راست محسوس ہوتی ہے اور اس کا اظہار جسم کے اندرونی اعضا کے ذریعے ہی ہو سکتا ہے۔ عام شہری زندگی میں بھی اس بات کے ثبوت موجود ہیں کہ پچھلی کئی دہائیوں میں تحویلی ردِ عمل میں کمی آئی ہے جب کہ تشویش جبری وہم مسلط اور نفسی جسدی ردِ عمل میں اضافہ ہوا ہے۔ اس کی ایک وضاحت یہ بھی ہے کہ تحویلی ردِ عمل اس قدر قدیم اور سادہ ردِ عمل ہے کہ یہ آج کی جدید و نفاست پسند دنیا سے تال میل نہیں رکھتا، پیچیدہ اور لطیف تہذیب، پیچیدہ اور لطیف امراض بھی پیدا کرتی ہے۔

وقت کے اعتبار سے ایک اور دلچسپ تبدیلی عورتوں اور مردوں کے درمیان آئی ہے۔ اس کا تعلق ان میں پائے جانے والے ناسور سے ہے۔ ۱۹۰۰ء سے پہلے معدہ اور فم معدہ کے شدید ناسور عورتوں میں بھی اتنے ہی پائے جاتے تھے جتنے مردوں میں لیکن اس کے بعد عورتوں کی بہ نسبت مردوں میں ناسور کی زیادتی ہوگئی۔ ایک انتہائی قابل قبول وضاحت یہ ہو سکتی ہے کہ عہد وکٹوریہ میں عورتوں پر شدید پابندیاں عائد تھیں۔ مردوں کے لیے اخلاقی معیار کچھ تھے اور عورتوں کے لیے کچھ۔ ان پابندیوں اور دوہرے اخلاقی معیار کی وجہ سے عورتوں میں معدے کے ناسور کی شکایت زیادہ پائی جاتی تھی۔ بیسویں صدی میں عورتوں کو زیادہ آزادی حاصل ہوئی تو ان کی اس شکایت میں کمی آگئی۔ اس دوران دوسری تبدیلی یہ ہوئی کہ مردوں کو کنبے میں خود مختارانہ اور تحکمانہ فیصلے کرنے کی جو آزادی تھی وہ کم ہوگئی۔ اس کی وجہ سے پیدا ہونے والی مایوسی نے ان میں ناسور کا میلان پیدا کر دیا۔

بہت سے مطالعوں سے واضح ہے کہ پچھلے پچاس سالوں میں بہت سے امراض کے لیے پہلی بار ہسپتال میں داخل ہونے کی شرح میں زبردست اضافہ ہونا چاہیے تھا اس سے کہیں زیادہ ہوا ہے۔ اس کے ساتھ ہی کچھ امراض میں تیزی کے ساتھ کمی بھی آئی ہے مثال کے طور پر آتشک پر قابو پالینے کی وجہ سے آتشک سے پیدا ہونے والے ذہنی مرض اسرغا میں کمی آئی ہے۔ لیکن ... دور ... سے تعلق رکھنے والے ایک مرض کے سبب پیدا

ہونے والے جنون میں اضافہ ہوا ہے۔ اس لیے کہ عام آبادی میں دوران خون کے امراض میں اضافہ ہوا ہے۔ جوش و اضمحلال ردِّ عمل میں کمی اور انتشار نفس میں اچانک اضافے کی وضاحت کرنا بہت مشکل ہے۔ تشخیص کے معیار میں آنے والی جزوی تبدیلیوں کو کچھ حد تک اس کے لیے ذمہ دار ٹھہرایا جا سکتا ہے۔ پہلے جن لوگوں کو جنون جوش و اضمحلال کا مریض قرار دیا جاتا تھا انھیں اب اکثر انتشار نفس کے خانے میں رکھا جاتا ہے۔ لیکن اس سے قطع نظر موڈ کے تلون سے تعلق رکھنے والے امراض کی جگہ انتشار نفس سے تعلق رکھنے والی کنارہ کشی، مشکوک الذہنی اور فکر کی کجی کے رجحان میں حقیقی اضافہ ہوا ہے۔ ایک ممکنہ وضاحت جو قیاس پر مبنی ہے یہ ہے کہ ہمارے معاشرے میں بیرون سمتی کا رجحان بڑھ رہا ہے بلکہ یہ معاشرے کا مزاج بن گیا ہے۔ اس لیے ان افراد پر بہت زیادہ دباؤ پڑ رہا ہے جو اپنے حیاتیاتی مزاج یا بچپن کے تجربات اور تربیت کی وجہ سے بین الذاتی تعلقات بڑھانے کی طرف مائل نہیں ہیں۔ اس دباؤ کی وجہ سے ان میں جذباتی کنارہ کشی کا ردِّ عمل پیدا ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس وہ افراد جن میں بیرون سمتی کے رجحانات ہیں۔ اس قسم کے معاشرے میں آسانی سے مطابقت پیدا کر لیتے ہیں۔

تشخیصی تبدیلیوں کے علاوہ مشاہدین نے یہ بھی محسوس کیا ہے کہ مختلف تشخیصی اصناف کے اندر بھی افراد کے خصوصی کردار میں تبدیلیاں آئی ہیں۔ کئی ذہنی امراض میں تشدد خاصا عام تھا۔ اب مریض تشدد کی طرف اتنے زیادہ مائل نہیں نظر آتے۔ بلکہ نسبتاً پرسکون رہتے ہیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ اب مرض کی نوعیت کو جلد پہچان لیا جاتا ہے، علاج جلد شروع ہو جاتا ہے۔ مسکن ادویہ ایجاد ہو گئی ہیں اور غالباً اس لیے بھی کہ سماجی تہذیبی عوامل وسیع ہو گئے ہیں۔ آج کل سماج میں مطابقت پیدا کرنے پر زیادہ زور دیا جاتا ہے (اس کا ذکر ہم پہلے بھی کر چکے ہیں) مریضوں میں تشدد آمیز کردار کی کمی اور اطاعت پذیری اسی رجحان کی عکاسی کرتی ہے۔ فریب ادراک اور واہموں کا شکار ہونے کے بعد بھی زیادہ تر مریض پرسکون رہتے ہیں اور ہنگامہ نہیں کھڑا کرتے۔

واحد عامل پر مبنی مطالعے (Single Variable Studies)

اس قسم کے زیادہ تر مطالعے مغربی معاشروں میں ہی ہوئے ہیں۔ کچھ عوامل جن پر تحقیق ہوئی ہے یہ ہیں:۔ نسلی بنیاد، قدیمی بمقابلہ مہاجرانہ حیثیت، دیہی بمقابلہ شہری ماحول

جنگ، بیروزگاری، ازدواجی حیثیت، کنبے میں عدم استحکام، رہائش گاہ میں بار بار تبدیلی تکنیکی پیچیدگیاں اور تبدیلیاں، سماجی معاشی طبقاتی حیثیت اور پڑوس کی قسم (یعنی پڑوس میں کس حد تک تنظیم یا عدم تنظیم پائی جاتی ہے)

نسل :۔ ریاستہائے متحدہ کے دماغی اسپتالوں میں امراض کی تقریباً تمام قسموں کے لیے داخلے کی شرح سفید فاموں کی بہ نسبت حبشیوں میں کہیں زیادہ بلند ہے۔ یہ فرق بہت سے عوامل کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ مثلاً اقلیت میں ہونے کی وجہ سے پیدا ہونے والا دباؤ، حبشیوں کی معاشی پس ماندگی اور امریکی معاشرے میں سفید فاموں کی بہ نسبت حبشیوں کو جلد ہسپتال بھجوا دینے کا رجحان۔ حیاتیاتی اور تہذیبی عوامل کا باہمی عمل و ردِ عمل بھی اس پر اثر انداز ہو سکتا ہے۔

قدیمی بمقابلہ مہاجر افراد :۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ میں انتشار نفس، جنون جوش و اضمحلال، کہن سالی سے تعلق رکھنے والے امراض، الکوحلی جنون اور استرخا کی مثالیں مقامی باشندوں کی بہ نسبت باہر سے آنے والے افراد میں زیادہ ملتی ہیں۔ انتشار نفس کے لیے کچھ پیچیدہ پیچیدہ عوامل اثر انداز ہو سکتے ہیں، جو لوگ اپنے وطن کو چھوڑ کر دوسری جگہ آتے ہیں ان کا ایک بڑا حصہ سماجی علاحدگی اور اجنبیت کے احساس سے متاثر ہو سکتا ہے یہ شیزائڈ شخصیت (schizoid Personality) کا خاصہ ہے۔ دوسری طرف اقلیتی مرتبہ اور معاشی پستی بھی ذہنی امراض کے لیے ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ اس کا بھی ثبوت موجود ہے کہ بہت پہلے ترک وطن کر کے آنے والوں میں ذہنی امراض کی موجودگی کی شرح ان لوگوں سے زیادہ تھی جو حالیہ سالوں میں آئے ہیں۔ یہ تبدیلی اس لیے آئی ہے کہ پہلے آنے والے مہاجروں کی سماجی معاشی سطح بعد میں آنے والوں کے مقابلے میں زیادہ پست تھی۔

شہری بمقابلہ دیہی رہائش : تقریباً تمام ذہنی امراض کے لیے شہری آبادی کے افراد کے داخلے کی شرح دیہی آبادی کی دگنی ہے۔ شہر جتنا بڑا ہوگا یہ شرح بھی اتنی ہی بلند ہوگی۔ یہ یقین کرنے کی کوئی وجہ نہیں ہے کہ ذہنی امراض شہروں میں دیہاتوں کی بہ نسبت واقعی دگنے ہیں۔ یہ فرق محض طبی سہولیات کی فراہمی کے فرق کو ظاہر کرتا ہے۔ کہن سالی کے امراض کے متعلق ظاہر ہو ہی چکا ہے کہ مریض ہسپتال سے جتنا قریب ہوگا اس کے ہسپتال میں داخل ہونے کے امکانات اتنے ہی زیادہ ہوں گے۔

جنگ : ذہنی امراض پر جنگ کے اثرات کافی عرصے تک زیر مشاہدہ رہے ہیں۔ ان مشاہدوں سے ان پیچیدگیوں کا اندازہ ہوتا ہے جو ذہنی صحت پر جنگ کے اثرات کا اندازہ لگانے میں ہوتی ہیں۔ جسمانی خطرے کے احساس سے پیدا ہونے والے براہ راست دباؤ کے علاوہ جنگ کی وجہ سے معاشی، خاندانی اور جغرافیائی مشکلات پیدا ہوتی ہیں۔ کچھ حیاتیاتی محرومیوں اور سیاسی سختیوں کو جھیلنا پڑتا ہے۔ جب تک جنگ کی صورت سازگار ہوتی ہے۔ اس وقت تک اس میں حصّہ لینے والوں کے حوصلے بلند رہتے ہیں۔ اس وجہ سے اکثر شہری آبادی میں جنگ کے دوران خودکشی اور ذہنی اختلال کی شرح بڑھ جاتی ہے) البتہ جنگ ختم ہونے کے بعد ذہنی امراض میں اضافے کا رجحان پایا جاتا ہے۔ فرانسیسی ماہرینِ علاجِ نفسی نے بتایا کہ انقلاب فرانس ۱۸۴۸ء کے انقلاب، فرینکو پرشن جنگ اور ۱۸۷۱ء کی خانہ جنگی کے بعد جنون کے لیے ہسپتال میں داخل ہونے والے افراد کی تعداد میں اضافہ ہو گیا تھا۔

بے روزگاری : طویل مدتی بیروزگاری کے اثرات تقریباً ہمیشہ ہی فرد کی ذہنی صحت کو نقصان پہنچاتے ہیں۔ بے روزگاری کے نتیجے میں بے حسی، ناامیدی، شدید غصہ، اور حالات سے فرار (جو عموماً الکوحلیت کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے) جیسے ردِّ عمل اکثر سامنے آتے ہیں۔ بے روزگار شخص کے بچے بھی اس کے طرزِ عمل سے متاثر ہوتے ہیں۔ اور یوں بے روزگاری دوسری نسل کے افراد میں بھی نفسیاتی الجھنوں کا رجحان پیدا کر سکتی ہے۔

خودکشی کی شرح کے تغیرات بھی مالی پریشانیوں کی عکاسی کرتے ہیں۔ ان میں بے روزگاری باقی تمام عوامل سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ ریاستہائے متحدہ امریکہ میں شدید مالی مشکلات کے دور میں خودکشی کی شرح خاصی بڑھ گئی تھی۔ مثال کے طور پر ۱۹۰۷ء سے ۱۹۲۳ء تک کے زمانے میں یہ رجحان پایا گیا تھا۔ جنگ کے دوران خودکشی کی شرح میں اچانک کمی آ گئی تھی۔ ایسا غالباً اس لیے ہوا تھا کہ اس زمانے میں ہر شخص کو روزگار حاصل ہو گیا تھا۔

ازدواجی حیثیت اور کنبے میں عدم استحکام :- ازدواجی حیثیت اور ذہنی اختلال میں خاصہ قریبی تعلق موجود ہے۔ کناڈا میں ذہنی امراض کے لیے پہلی بار

ہسپتال میں داخل ہونے والے افراد کی شرح کا ایک مطالعہ کیا گیا جس میں شادی شدہ بیوہ/رنڈوے، غیر شادی شدہ اور طلاق یافتہ افراد شامل تھے۔ معلوم ہوا کہ پہلی بار داخلے کی شرح فی دس ہزار افراد اس طرح تھی: شادی شدہ ۵۶، بیوہ/رنڈوے ۸۹، کنوارے ۱۱۵ اور طلاق یافتہ افراد ۲۸۶۔ ریاستہائے متحدہ میں بھی اسی قسم کا تحقیقی مطالعہ ہوا۔ اس سے بھی کم و بیش یہی نتائج حاصل ہوئے (شرح کا یہ تغیر عمر کے فرق کے باعث نہیں ہے اس لیے کہ ان چاروں جماعتوں کے اعداد و شمار کو مختلف عمروں میں پائے جانے والے مختلف امراض کے مطابق صحیح کر لیا گیا ہے) ان اعداد و شمار کا محض یہ مطلب نہیں ہے کہ شادی ذہنی اختلال کی روک تھام کرتی ہے اور طلاق ذہنی امراض پیدا کرتی ہے۔ شادی کچھ افراد کے لیے یقیناً دباؤ سے حفاظت کا ذریعہ ہے اور اطلاق (جو مغربی ممالک میں ہر چار شادیوں میں سے ایک کی شکست کا سبب ہے) ذہنی مشکلات پیدا کر سکتی ہے تاہم ان اعداد و شمار میں انتخاب کے عمل کی زیادہ اہمیت ہے۔ وہ افراد (خصوصیت سے مرد) جن میں ذہنی فقر یا انتشار نفس کے رجحان پائے جاتے ہیں، شاذ و نادر ہی شادی کرتے ہیں۔ اس لیے شادی شدہ افراد میں صحت مند لوگوں کی تعداد بڑھ جاتی ہے۔

بیواؤں اور رنڈوؤں میں بھی ذہنی امراض کی بلند شرح انتخاب کو ظاہر کر سکتی ہے اس لیے کہ شریک حیات کی موت کے بعد دوبارہ شادی نہ کرنے کا رجحان بھی انھیں افراد میں زیادہ ہوتا ہے جن میں استقلال کا مادّہ کم ہو اور جو ذہنی اختلال کی طرف مائل ہوں۔ اسی طرح طلاق بھی جذباتی عدم استحکام کی وجہ سے ہوتی ہے۔ خلاصہ یہ ہے کہ ذہنی اختلال کے لیے ازدواجی حیثیت ایک سبب تو بنتی ہی ہے لیکن اس سے زیادہ یہ اختلال کے اثرات کو ظاہر کرتی ہے۔

سماجی تہذیبی عوامل ان کنبوں پر بھی اثر انداز ہوتے ہیں اور ان میں ابنارمل کیفیت پیدا کرتے ہیں جن میں موت یا طلاق سے کسی قسم کا خلل واقع نہیں ہوا ہے۔ مسئلی کنبے یعنی جن میں والدین میں سے کسی ایک یا دونوں کی ذہانت، نارمل سے کم ہوتی ہے۔ یا جن کے کردار میں استقلال نہیں ہوتا یا جو غربت زدہ ہیں اور جہاں بچے لاپرواہی کا شکار ہوتے ہیں۔ اکثر امراضِ نفسی کا شکار ہو جاتے ہیں۔ یہی کنبے سماجی بہبود کے اداروں کی مسلسل توجہ کا مرکز ہوتے ہیں۔ ایک بڑے شہر پر کیے جانے والے مطالعے کے نتائج کے طور پر یول

(۱۹۵۵) نے بتایا کہ وہاں چھ فی صد کنبے ایسے تھے جن میں متعدد قسم کے مسائل پائے جاتے تھے۔ ان کنبوں کو کثیر مسئلی کنبے کہا جا سکتا ہے۔ ان کنبوں پر امدادی رقم کا ۷۷ فی صد اور اجتماعی صحت کی خدمات کا ۱۵ فی صد حصہ صرف ہوتا تھا۔ ذہنی مریضوں کی کل تعداد کے ۵۶ فیصد مریض انہیں کنبوں سے آتے تھے۔

اچھے ڈھنگ سے زندگی بسر کرنے والے کنبوں کے بھی اپنے مسائل ہوتے ہیں۔ پچھلی نسلوں میں کنبے کی ایک مستحکم تنظیم تھی۔ باپ کو تمام فیصلے کرنے کا اختیار ہوتا تھا۔ کنبہ پیداوار اور تصرف دونوں کا مرکز تھا۔ بچوں کی شادیاں بزرگ طے کرتے تھے اور فرض و احترام کے تصورات پر کنبے کا نظام چلتا تھا۔ اس کے برعکس آج کل زیادہ تر کنبے باہمی مساوات اور رواداری پر مبنی ہیں۔ موجودہ کنبہ بین الذاتی تانوں بانوں سے بنا ہوا ہے، مطلق العنانی طرز کے طرز پر نہیں۔ شفقت دینا اور شفقت حاصل کرنا اس کے بنیادی فرائض میں سے ہے فیصلے سب کی رائے سے کیے جاتے ہیں اور بچے خاصی کم عمری سے ہی ان فیصلوں میں حصہ لینا شروع کر دیتے ہیں۔ فرائض میں یہ تغیر ذہنی صحت کے لیے سودمند ہے اس لیے کہ اس بات کے ثبوت موجود ہیں کہ جمہوری نظام مطلق العنانی کے مقابلے میں جذباتی طور پر کہیں زیادہ صحت مند ہوتا ہے لیکن بہت سے جمہوری کنبوں میں کچھ فیصلوں کی وجہ سے اکثر شوہر و بیوی کے درمیان اختلافات پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ مرد اور عورت کے رول کی مکمل وضاحت بھی نہیں ہو پاتی ہے اس لیے بچوں کے لیے یہ مسئلہ پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ جنس کے اعتبار سے کس کی شخصیت کو مثالی تصور کریں۔

نقل رہائش

جن فرقوں میں ایک رہائشی علاقے سے دوسرے رہائشی علاقے میں منتقل ہونے کا دستور زیادہ ہے۔ ان میں ذہنی اختلال کی شرح بھی زیادہ ہے۔ ان افراد میں بھی اس کی شرح بلند ہے جو ایک ہی شہر میں حرکت کرنے کی بجائے شہر شہر گھومتے پھرتے ہیں۔ بہت سے دوسرے عوامل کی طرح یہاں بھی اسباب و نتائج دونوں کی مثال ملتی ہے۔ ہو سکتا ہے کہ اختلال ان تبدیلیوں سے پیدا ہونے والے دباؤ سے پیدا ہوتا ہو اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ ایک شخص اپنی پراگندہ ذہنی کے باعث اِدھر اُدھر گھومتا پھرے۔

تکنیکی پے چیدگیاں اور تبدیلیاں

ریاست ورجینیا کی پانچ کمیونٹیوں کا مطالعہ کیا گیا تھا۔ مصنفین شرمن اور ہنری نے بتایا کہ زیادہ تیزی کے ساتھ تغیر پذیر اور زیادہ پے چیدہ کمیونٹی میں عصبی اختلال بھی زیادہ پایا جاتا ہے جب کہ کم ترقی یافتہ اور نسبتاً جامد کمیونٹیوں میں سماج دشمن کردار کی مثال زیادہ ملتی ہے موخرالذکر کمیونٹی میں جھوٹ بولنا، چوری کرنا، احساس جرم کا فقدان اور بین الذاتی تعلقات میں سطحیت زیادہ عام ہیں۔ مصنفیں نے ان نتائج کی تشریح یوں کی ہے کہ پے چیدہ اور متحرک معاشرے میں بندشیں پیدا ہو جاتی ہیں جن سے عصبی اختلال پیدا ہو سکتا ہے جب کہ سیدھی سادی تہذیب جذباتی ناپختگی پیدا کرتی ہے۔

بہت سے ماہرین عمرانیات نے تکنیکی تبدیلیوں کی وضاحت شرمن اور ہنری سے زیادہ وسیع معنوں میں کی ہے۔ انھوں نے یہ نتیجہ اخذ کیا ہے کہ تبدیلیوں کی وجہ سے مطابقت سے تعلق رکھنے والے دو مسئلے پیدا ہوتے ہیں۔ یہ تو عام طور پر سب ہی لوگ جانتے ہیں کہ سماج کے ادارے تکنیکی تبدیلیوں کے ساتھ قدم ملا کر چلنے میں اکثر ناکام رہتے ہیں۔ اس کی وجہ سے تہذیبی سست روی پیدا ہوتی ہے یعنی روایتی تہذیبی اقدار، تصورات اور عقائد سماجی حقیقتوں سے پیچھے رہ جاتے ہیں۔ اس لیے یہ فرد کی زندگی کو منظم اور بامعنی بنانے میں ناکام رہتے ہیں۔ فرد کو واضح اور مستقل نوعیت کی وفاداریوں اور آدرشوں کی ہدایت نہیں مل پاتی۔ اس لیے اس میں کشاکش اور الجھاؤ پیدا ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی وہ سماج دشمن وطیرہ بھی اختیار کر لیتا ہے۔ کچھ ماہرین عمرانیات تو ذہنی اختلال کے اسباب صرف تہذیب کے اندر تلاش کرتے اور تہذیب سے باہر پائے جانے والے اسباب کو یکسر نظر انداز کر دیتے ہیں۔ ان کا کہنا ہے کہ ذہنی اختلال روایتی تہذیب کی شکست و ریخت سے پیدا ہونے والا ردِ عمل ہے تاہم اس انتہائی نظریے سے قطع نظر اس بات میں کوئی شک نہیں ہے کہ تہذیبی جمود یا سست روی جذباتی شکایت کی ایک بنیادی وجہ بن سکتی ہے

دوسری بات یہ کہ تہذیبی جمود کے علاوہ تیزی سے آنے والی سماجی اور تہذیبی تبدیلیوں سے مطابقت پیدا کرنا بذات خود بہت مشکل کام ہے۔ مطابقت پیدا کرنے کی یہ پریشانی جامد معاشروں میں نہیں پیدا ہوتی۔ تیزی کے ساتھ بدلتے ہوئے سماج میں فرد کو ہوشیار

رہنا اور ہنگامی صورتِ حال سے نمٹنے کے لیے خود کو تیار رکھنا پڑتا ہے۔ کیوں کہ ایک تغیر پذیر سماج غیر سربستہ معاشرہ ہوتا ہے اس لیے فرد کو پیشے، تعلیم، رہائش گاہ، شادی اور دوست واحباب سے تعلق رکھنے کے سلسلے میں اپنے ذاتی انتخاب کا استعمال کرنا ہوتا ہے۔ اس کے علاوہ تکنیکی ترقی اور خود کار مشینوں کے استعمال سے اُسے اپنے غیر اہم ہونے کا احساس بھی ہو سکتا ہے۔ خلاصہ یہ کہ حالانکہ تکنیکی ترقی کئی اعتبار سے جسمانی اور ذہنی صحت کے لیے فائدہ مند ہے لیکن اس کی وجہ سے کشاکش، جذباتی تحفظ کا فقدان، مستقل فیصلے کرتے رہنے کی ضرورت سے پیدا ہونے والا دباؤ اور ناکارہ ہونے کا احساس بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

سماجی معاشی طبقہ

بہت سے تحقیقی مطالعوں سے اس بات کی وضاحت ہوئی ہے کہ ذہنی اختلال اور سماجی معاشی طبقے میں بہت قریبی تعلق موجود ہے۔ فرمکن (۱۹۵۵) نے پتہ لگایا کہ آمدنی اور پیشے سے حاصل ہونے والا مرتبہ جتنا کم ہوگا جذباتی اختلال پیدا ہونے کے امکانات اتنے ہی زیادہ ہوں گے۔ یہ مطالعہ اوہیو (Ohio) میں کیا گیا تھا۔ ان نتائج کے لیے بہت سے اسباب ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ ان میں سے ایک یہ بھی ہے کہ وہ پیشے جو زیادہ باعزت نہیں سمجھے جاتے ہیں ان کو اتنی تسکین نہیں پہنچاتے کہ ذہنی صحت کو قائم رکھا جا سکے۔

ہولنگز ہیڈ اور ریڈلک (۱۹۵۸) نے وسیع پیمانے پر ایک اہم مطالعہ کیا۔ اس میں انھوں نے نیو ہیون کے ان تمام دماغی مریضوں کے سماجی طبقے کی چھان بین کی جو ایک مخصوص مدت کے دوران زیرِ علاج تھے اور ان تمام نئے مریضوں کو بھی مطالعے میں شامل کیا جو آئندہ چھ ماہ کی مدت کے اندر علاج کے لیے آئے۔ تمام مریضوں کو پانچ معاشی طبقوں میں تقسیم کیا گیا۔ یہ تقسیم آمدنی رہائشی علاقے اور تعلیم و پیشے کے معیاری عمرانیاتی پیمانوں کے مطابق کی گئی تھی۔ ایک مخصوص مدت کی موجودگی والے اور چھ ماہ کے دوران آنے والے مریضوں میں عصبی اختلال اور جنون کی شرح کا الگ الگ اندراج کیا گیا۔ ان پانچوں طبقوں میں عصبی اختلال کے اعتبار سے نئے آنے والے مریضوں کی تقسیم تقریباً برابر تھی۔ لیکن ان مریضوں کی تعداد جو پہلے سے زیرِ علاج تھے، پہلے دو طبقوں میں نچلے طبقے (طبقہ نمبر ۵) کی بہ نسبت

کہیں زیادہ تھی۔ عصبی اختلال کا تعلق کسی مخصوص طبقے سے نہیں ہے لیکن اونچے طبقے کے مریضوں کے زیر علاج ہونے کے امکانات زیادہ ہیں اس لیے کہ تعلیم کی کمی اور غلط رویّوں کی وجہ سے عصبی اختلال نچلے طبقے میں پوشیدہ رہتا ہے جبکہ اعلا طبقے میں نمایاں ہوجاتا ہے جنون کے اعداد وشمار اس کے بالکل مختلف تھے۔ سب سے نچلے طبقے میں نئے مریضوں کی آمد پہلے دو طبقوں کی بہ نسبت آٹھ گنا زیادہ تھی۔ نئے آنے والے اور زیر علاج مریضوں کی تعداد کا یہ فرق اس امر کی طرف اشارہ کرتا ہے کہ نچلے طبقے میں جنون کا علاج زیادہ عرصے تک چلتا رہتا ہے۔ غالباً اس کی وجہ یہ ہے کہ ان لوگوں کو مناسب علاج نہیں حاصل ہوتا۔

سماجی طبقاتی حیثیت صرف اس کا ہی تعین نہیں کرتی کہ کس کا علاج کیا جائے گا بلکہ اس کا بھی تعین کرتی ہے کہ علاج کس کے ذریعے ہوگا ، کس طرح ہوگا اور اس کے ممکنہ نتائج کیا ہوں گے۔ مریض کا تعلق جتنے اونچے طبقے سے ہوگا ، اس کا علاج اسی قدر عمدگی کے ساتھ ہوگا۔ اس کے لیے نفسیاتی علاج کا استعمال کیا جائے گا۔ جس کا مقصد علامات کو دبا دینے کی بجائے شخصیت کی اصلاح ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں مریض جتنے اونچے طبقے سے آئے گا اسی قدر اس بات کا امکان ہوگا کہ اس کا علاج ہسپتال یا کلینک کی بجائے پرائیویٹ ڈاکٹروں کے ذریعے کیا جائے گا۔ اس صورت میں اس کی بہتری یا شفایابی کے امکانات بھی کافی بڑھ جاتے ہیں۔

مائرس اور رابرٹس (۱۹۵۹) نے نیو ہیون سے پچاس مریضوں کو منتخب کیا اور ان میں سے ہر ایک کے متعلق تفصیل کے ساتھ چھان بین کی۔ ان میں سے نصف مریضوں کا تعلق متوسط طبقے سے تھا اور بقیہ نصف نچلے طبقے سے تعلق رکھتے تھے۔ ان میں سے ہر گروپ کے آدھے مریض عصبانی تھے۔ اور آدھے مجنون۔ متوسط طبقے کے مریضوں کے حالاتِ زندگی کی تفتیش سے یہ بات سامنے آئی کہ ان کی سماجی تربیت کے دوران جن اقدار پر سب سے زیادہ زور دیا گیا تھا وہ کامیابی اور اعزاز حاصل کرنے کی اقدار تھیں۔ ان پر زور دینے کی وجہ سے تین دباؤ ڈالنے والے نتائج پیدا ہوئے: (۱) اخلاقی قدروں اور محرکات کے درمیان کشاکش (۲) اونچے طبقے میں شامل ہونے کی کوشش کی وجہ سے پیدا ہونے والا تناؤ (۳) مریض خاطر خواہ کامیابی اور اعزاز حاصل کرنے میں ناکام رہا تو اس سے پیدا ہونے والا احساس ناکامی نچلے طبقے کے مریضوں کے مسائل کچھ مختلف تھے۔ انھیں ناسازگار مالی حالات کا سامنا کرنا پڑا تھا اور وہ کمیونٹی کے اداروں سے الگ تھلگ رہتے تھے۔ ان مریضوں پر دباؤ ڈالنے والے

پانچ ذرائع دریافت کیے گئے۔ (۱) بچپن میں ایسا ماحول جس میں محبت، تحفظ اور استحکام کی کمی تھی (۲) بچپن میں والدین کے ساتھ ایسا تعلق جس میں مستقل طور پر دفاعی رویہ اپنانا پڑا تھا (۳) نظرانداز کیے جانے کا ایسا احساس جو پوری زندگی تک قائم رہا۔ یعنی ابتدا میں والدین اور بہن بھائیوں سے عدم توجہی کی شکایت اور آئندہ زندگی میں سماج کے اداروں اور ان کے نمائندوں اور عمومی طور پر اونچے طبقے سے تعلق رکھنے والے افراد کے ذریعے نظرانداز کیے جانے کا احساس (۴) تا زندگی محسوس کیا جانے والا مستقل عدم تحفظ اور (۵) یہ احساس کہ دوسرے ان سے انتقام لے رہے ہیں۔ یہ بھی معلوم ہوا کہ متوسط طبقے کے مریض اپنے بہن بھائیوں یا اپنے طبقے کے دوسرے صحت مند افراد کے مقابلے میں اونچے طبقوں میں اپنی جگہ بنانے کے لیے زیادہ کوشاں رہے تھے جب کہ نچلے طبقے کے مریضوں نے اپنے طبقے کے صحت مند افراد کے مقابلے میں کوئی نمایاں کامیابی حاصل نہیں کی تھی۔ یہ دلچسپ دریافت اس حقیقت کی طرف اشارہ کرتی ہے کہ کبھی کبھی نفسی امراض کا تعلق اونچے طبقوں کی طرف قدم بڑھانے کی کوشش سے بھی پایا جاتا ہے۔ اونچے طبقے میں شمولیت کی خواہش متوسط طبقے کے افراد کی تمناؤں کی عکاسی کرتی ہے لیکن نچلے طبقے میں مالی عدم تحفظ سے فرار کے باعث اوپر اٹھنے کی جو کوشش ہوتی ہے اس کا نفسی مرضیات سے کوئی تعلق نہیں پایا گیا۔

نیو ہیون میں ایک اور اہم مطالعہ سرول اور اس کے ساتھیوں (۱۹۶۲) نے کیا۔ انھوں نے چھ سماجی معاشی طبقوں کے سولہ سو افراد کا انٹرویو لیا۔ اس تحقیق سے معلوم ہوا کہ وہ جن میں ذہنی علامات کا مکمل فقدان تھا، اونچے طبقے میں ۲۴ فی صد اور نچلے طبقے میں صرف ۱۰ فی صد تھے۔ جو لوگ یقینی طور پر ذہنی اختلال میں مبتلا تھے ان کی تعداد اونچے طبقے میں ۱۸ فی صد اور نچلے طبقے میں ۳۳ فی صد تھی۔ ایک اور دریافت یہ تھی کہ باہر سے آنے والے اور معمر افراد میں ذہنی نقص نسبتاً زیادہ تھا۔ بڑھتی ہوئی عمر کے حیاتیاتی اثرات سے قطع نظر غربت کے باعث تشنہ رہ جانے والی ضروریات، بے روزگاری، والدین کی لاچاری یا کسی نازک قسم کے حالات سے دوچار ہونے کی وجہ سے زندگی میں آنے والا انتشار بھی ذہنی صحت کو نقصان پہنچاتے ہیں۔ اس کے علاوہ نچلے طبقے کے افراد اور مہاجرین کا اقلیتی مرتبہ اور معمر افراد کے لیے نئے رول اپنانے کی دقتیں بھی ذہنی اختلال کے لیے ذمہ دار پائی گئی ہیں۔

قرب و جوار میں بدنظمی و انتشار

یہ عامل سماجی معاشی طبقے اور مالی محرومیوں سے بہت قریبی تعلق رکھتا ہے۔ ایک کلاسیکی سماجی مطالعے میں فارس اور ڈنہم (۱۹۳۹) نے دماغی اسپتالوں میں شکاگو شہر کے مختلف علاقوں سے آنے والے افراد کی شرح کا تجزیہ کیا انھوں نے آبادی کی کثرت کے لحاظ سے شہر کو پانچ حصوں میں تقسیم کیا۔ معلوم ہوا کہ قلب شہر میں نشہ باز آوارہ گرد افراد طوائفوں اور سماج کے ناکارہ اراکین کی تعداد بہت زیادہ تھی۔ دوسرا علاقہ غریبوں کا اڈہ تھا۔ تیسرے علاقے میں کم قیمت والے ذاتی مکانات تھے، چوتھے علاقے میں نسبتاً مہنگے داموں والے مکان اور باہری علاقہ دولت مند افراد کا علاقہ تھا۔ سماجی انتشار قلب شہر میں سب سے زیادہ تھا اور بیرونی علاقے میں سب سے کم۔ انتشار کے اس طرز میں خاصی استواری پائی گئی۔ مثال کے طور پر دوسرے علاقے میں نئے مہاجرین کے اندر جرائم کی شرح بہت اونچی تھی (انتشار کی ایک بہت واضح علامت) لیکن جب یہی لوگ (حالات بہتر ہونے کے باعث) تیسرے علاقے میں منتقل ہوجاتے تھے تو جرائم کی شرح میں کمی آجاتی تھی۔ دوسرے علاقے میں ان کی جگہ نئے مہاجرین لے لیتے تھے جن میں جرائم کی شرح بلند ہوتی تھی۔

ہسپتال میں داخلے کے اعتبار سے بھی انتشار نفس، الکوحلیت اور استرخا کی تقسیم میں علاقائی فرق کی عکاسی پائی جاتی تھی لیکن جنون جوش و اضمحلال کی تقسیم پورے شہر میں مساوی تھی۔ اس مطالعے کو تقریباً نصف درجن شہروں میں دہرایا گیا اور بعد کی دریافتوں نے پہلی دریافتوں کی تصدیق کی۔ انتشار نفس اور عضویاتی اختلال کا تعلق سماجی ابتری سے پایا گیا ہے لیکن جوش و اضمحلال اور معاشرے کے درمیان ایسا کوئی تعلق دریافت نہیں ہوا۔

ان دریافتوں کی وضاحت کے لیے دو مفروضے پیش کیے گئے ہیں (۱) نشیب کی طرف جھکاؤ اس نظریے کے مطابق ذہنی فتور خصوصیت سے انتشار نفس کے شکار جذباتی ناستواری کی وجہ سے غیر منظم علاقوں میں منتقل ہوجاتے ہیں۔ ان کی جذباتی ناستواری انھیں نچلی سطح کی طرف مائل کرتی ہے۔ نیویارک سٹی کے اندرونی جائزے سے یہ بھی معلوم ہوا تھا کہ نچلی سطحوں کی طرف حرکت کرنے والے افراد میں ذہنی نقائص زیادہ پائے جاتے ہیں۔ یہ دریافت بھی مذکورہ بالا مفروضے کی تائید کرتی ہے۔ لیکن دوسری طرف ہم دیکھتے ہیں کہ انتشار نفس

کے کچھ مریض فلاکت زدہ علاقوں میں پیدا ہوتے اور تا زندگی وہیں رہتے ہیں۔ اس کے علاوہ بیرون ملکی علاقوں میں پیدا ہونے والے لوگوں میں انتشار نفس کی شرح زیادہ ہوتے ہوئے بھی ان کے اندر اونچے طبقوں کی طرف حرکت کا رجحان زیادہ پایا جاتا ہے۔ ایک اور حقیقت جو اس مفروضے کے خلاف ہے یہ ہے کہ نیو ہیون کے مطالعے سے ظاہر ہوا تھا کہ متوسط طبقے کا مریض انتشار نفس کے شکار ہوں یا عصباتی اختلال کے وہ عام طور پر اونچے طبقوں میں داخل ہونا چاہتے ہیں۔

(۲) ایک متبادل فریضہ یہ ہے کہ جس علاقے میں بے ترتیبی اور انتشار کی کیفیت پائی جاتی ہے وہاں کے حساس اور نازک طبع افراد میں سماجی علاحدگی کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے ایک حساس اور دبو شخص درست اور ظالمانہ ماحول میں خود کو اجنبی محسوس کرتا ہے اور اپنے آس پاس کے افراد سے کنارہ کش ہو جاتا ہے۔ اس کی کنارہ کشی، حالات اور سماج سے مقابلہ کرنے کی صلاحیت کا فقدان، خود اعتمادی کی کمی اور ناکامیابی کے احساس کا سبب بھی بن جاتا ہے نتیجہ بھی۔ کنارہ کشی اختیار کر کے وہ اس خوف سے بچ جاتا ہے کہ دوسرے اس پر نکتہ چینی کریں گے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ اپنی ایک الگ دنیا آباد کر لیتا ہے۔ ایک مالیخولیائی دنیا جس میں دوسروں کا کوئی حصہ نہیں ہوتا۔

سماج و تہذیب سے تعلق رکھنے والے اور کچھ دوسرے اسباب کے درمیان ردِ عمل

ان علاقوں میں بھی جہاں بدنظمی اور انتشار اپنی انتہا کو پہنچے ہوئے ہوتے ہیں آبادی کا ایک بہت ہی مختصر حصہ اس حد تک ذہنی اختلال میں مبتلا ہوتا ہے کہ اسے ہسپتال میں داخلے کی ضرورت پڑے۔ اس لیے ظاہر ہے کہ فرد پر محض سماج اور تہذیب ہی اثر انداز نہیں ہوتے بلکہ کچھ دوسرے عوامل بھی ہوتے ہیں جو اس بات کا تعین کرتے ہیں کہ کون شخص ذہنی انتشار کا شکار ہوگا اور کون نہیں ہوگا۔

سماجی تہذیبی عوامل اور دوسرے اسباب کے باہمی ردِ عمل کو کئی مثالوں کے ذریعے واضح کیا جا سکتا ہے۔ یہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ تہذیب غذا اور بیماری دونوں کو متاثر کرتی ہے اور اس طرح حیاتیاتی عمل کے ذریعے ذہنی بیماریوں کے سامان فراہم کرتی ہے۔ ایک اور مثال سماجی معاشی طبقے، نفسی امراض اور ذہانت کے باہمی عمل و ردِ عمل سے بھی کی جا سکتی ہے۔ چوتھے باب میں نشو و نما سے بحث کرتے وقت ہم نے کچھ اعداد و شمار

پیش کیے گئے جن سے ظاہر ہوا تھا کہ ذہانت، بہتر نشو و نما اور تطبیق آپس میں ایک دوسرے سے مربوط ہیں۔ ذہانت کا تعلق اونچی سماجی حیثیت سے بھی پایا گیا ہے۔ ذہانت میں جینیائی عناصر خاصی حد تک کام کرتے ہیں۔ اس لئے حالانکہ اس کا ثبوت نہیں مل سکا ہے تاہم یہ قیاس کیا جاتا ہے کہ سماجی معاشی حیثیت اور نفسی اختلال کے درمیان پائے جانے والے تعلق کا انحصار جزوی طور پر جینیائی عناصر پر بھی ہے۔

ایک آخری مثال کے طور پر ہم زگلر اور فلپس (Zegler and Phillips, 1961) کے مطالعے کو لے سکتے ہیں جو ذہنی اختلال کے رونما ہونے کے اسباب کی بجائے اس کے نتائج پر روشنی ڈالتا ہے۔ انتشار نفس کے مریض کی کیفیت میں اس حد تک سدھار ہو جائے کہ وہ ہسپتال سے باہر آجائے تو اس کی مزید بہتری کے امکانات اس کی سماجی اہلیت کے مطابق بڑھ جاتے (یا کم ہو جاتے) ہیں۔ سماج میں کارآمد ہونے کا فیصلہ اس کی تعلیمی حیثیت، پیشے یا ملازمت میں استحکام کی روداد اور اس کی ازدواجی زندگی کی روشنی میں کیا جا سکتا ہے۔ اس اعتبار سے اس کی اہلیت جتنی زیادہ ہوگی اس کی صحتیابی کی توقع بھی اتنی ہی زیادہ ہوگی اور اس کا مستقبل اتنا ہی روشن ہوگا۔ اس مطالعے سے یہ بھی معلوم ہوا صحت یابی کا امکان کم عمر اور ذہین مریضوں میں زیادہ تھا۔ اس کا مطلب یہ ہوا کہ صحت یابی سماجی اہلیت، عمر کے حیاتیاتی عنصر اور جزوی طور پر جینیائی عامل یعنی ذہانت کے امتزاج سے متاثر ہوتی ہے۔

خلاصہ: ابنارمل نفسیات میں اسباب وعلائل کا تعین

پچھلے پانچ ابواب میں ہم نے تعلیل سے جو بحث کی ہے اس کا خلاصہ یوں پیش کیا جا سکتا ہے تعلیل کی نوعیت

۱۔ روایتی طور پر کردار کئی اسباب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ لیکن کبھی کبھی ایک تنہا سبب بھی کئی نتائج پیدا کر سکتا ہے۔ ان نتائج کے لیے یہ کافی بھی ہوتا ہے اور ضروری بھی۔ یہی عامل میلان طبیعت اور فوری سبب کی صورت بھی اختیار کر سکتا ہے۔ موروثی اسباب ہمیشہ میلانات کی صورت میں پائے جاتے ہیں۔ غیر موروثی اسبا ب نفسیاتی امراض کا میلان بھی پیدا کرتے ہیں اور ان کا فوری سبب بھی بن سکتے ہیں۔

۲۔ اگر کچھ عوامل یا حالات کے درمیان شماریاتی ربط پایا جائے تو اس کا مطلب تعلیل نہیں ہے۔ البتہ روابط کے ایک ایسے جال کے ذریعے جس میں تمام روابط ایک دوسرے سے ہم آہنگ ہوں اور نظریاتی بنیاد بھی رکھتے ہوں، کچھ اسباب کے متعلق عارضی نتائج اخذ کیے جا سکتے ہیں۔

۳۔ ثبوت کے لغوی معنی کے مطابق تعلیل سے تعلق رکھنے والے کسی مفروضے کو ثابت کرنا دشوار ہے۔ تاہم کوئی مفروضہ جتنی کامیابی سے مختلف مظاہر کی پیشین گوئی اور وضاحت کرے گا، اس کی صحت کے امکانات اسی قدر بڑھ جائیں گے۔ اس کے علاوہ اگر کسی خصوصی مفروضے کے مطابق متعلقہ مظاہر کو تجربہ گاہ میں کنٹرول کر کے دہرایا جا سکے تو بھی اس مفروضے کی صحت کے امکانات بڑھ جائیں گے۔

۴۔ ابنارمل نفسیات میں تعلیل سے تعلق رکھنے والی تحقیق خاصی مشکل ہے اس لیے کہ سابقہ واقعات یا سابقہ زندگی کے متعلق معلومات حاصل کرنا انتہائی مشکل کام ہے۔ اس کے علاوہ مستقبل میں حاصل ہونے والے نتائج کے تعلق سے معلومات حاصل کرنے کے لیے بھی وسیع پیمانے کی کاوشیں درکار ہوتی ہیں۔ سب سے بڑی دقت یہ ہے کہ کسی مرض یا اس کے سبب کو تجربہ گاہ میں اس کی بالکل صحیح صورت میں دہرانا ممکن نہیں ہے۔

۵۔ پھر بھی بہت سے امراض کے خصوصی اسباب خصوصیت سے عضویاتی اسباب کا تعین کیا جا چکا ہے گو زیادہ تر تفاعلی امراض کے اسباب کی وضاحتیں ابھی تک نامکمل اور عارضی ہیں۔

موروثی اسباب

۱۔ ہمارے تمام کردار وراثت اور ماحول دونوں سے متاثر ہوتے ہیں۔ البتہ کچھ افراد کے کرداروں میں وراثت کا زیادہ ہاتھ ہوتا ہے اور کچھ کے کرداروں میں ماحول کا۔ کچھ کرداروں کا انحصار ان کے مشترکہ اثر پر ہوتا ہے۔

۲۔ وراثت کے کئی جینیاتی طرز ہوتے ہیں۔ کسی ایک وصف کے لیے مختلف اقسام کے جین ذمہ دار ہو سکتے ہیں۔ کچھ جین جنس سے وابستہ ہوتے ہیں۔ اور کچھ غیر جنسی ہوتے ہیں۔ کچھ جین واحد صورت میں متاثر کرتے ہیں اور کچھ ایک مخصوص تعداد میں اثر انداز ہوتے

ہیں۔ کچھ حاوی ہوتے ہیں اور کچھ خوابیدہ۔ کچھ جین عام قسم کے ہوتے ہیں اور کچھ نایاب۔ ان میں سے ہر قسم کے جینوں کے لیے مختلف معیاروں کا استعمال کیا جاتا ہے تاکہ متعلق وصف کے لیے وراثت کی اہمیت کا تعین کیا جاسکے۔

۳۔ انسانوں میں جینیائی عوامل کی کارفرمائی کو جاننے کے لیے کئی کارآمد طریقے استعمال کیے جاتے ہیں۔ ان میں رشتے داروں کے شماریاتی موازنے، متبنیٰ بچوں کے مطالعے اور جڑواں بچوں کے مطالعے خصوصیت سے کارآمد ہیں۔ تاہم ان میں سے ہر طریقے میں کچھ واضح خامیاں پائی جاتی ہیں اس لیے ان کے ذریعے حاصل ہونے والی معلومات کی چھان بین سختی کے ساتھ کی جانی چاہیے۔

۴۔ اس بات کے پختہ ثبوت موجود ہیں کہ انسان اور جانور دونوں میں کچھ حسی اور ادراکی عمل، ذہانت حرکی جوابی اعمال اور مخصوص میلات بذریعہ وراثت منتقل ہوتے ہیں۔ ان کی بنا پر ہم یہ مفروضہ قائم کرسکتے ہیں کہ کردار کے اختلال میں بھی جینیائی عناصر کام کرتے ہیں۔

۵۔ بہت سے عضویاتی مجموعۂ علامات انتشار نفس، ذہنی فتور اور جوش و اضمحلال کے لیے بھی موروثی عناصر کی موجودگی کے ثبوت ملے ہیں۔ تاکہ کچھ امراض کو چھوڑ کر بقیہ امراض کے لیے ان کی صحیح اثرانگیزی اور وراثت کے خصوصی میکانیے کا تعین ابھی تک نہیں کیا جاسکا ہے۔

۶۔ عصبی اختلال کے لیے جینیائی عنصر کی موجودگی کے ثبوت بہت کمزور ہیں۔

دوسرے حیاتیاتی اسباب

۱۔ امراض نفسی کے فوری حیاتیاتی اسباب کو غیر موروثی حیاتیاتی میلان کے مقابلے میں زیادہ اچھی طرح سمجھا گیا ہے۔

۲۔ مضر صحت عوامل اور حیاتیاتی محرومیاں دماغی مرض پیدا کرکے اس کے نتیجے میں عضویاتی مرض کا سبب بن سکتی ہیں۔ یہ ایسے تفاعلی مرض کا بھی باعث ہوسکتی ہیں جس کے لیے فرد میں پہلے سے کچھ میلان موجود ہے۔ مضر صحت عوامل کے اثرات جانداروں کے لیے مضر رساں ہوتے ہیں۔ کسی ضروری مادّے مثلاً آکسیجن وٹامن وغیرہ کی عدم موجودگی کو محرومی سے

تعبیر کیا جاتا ہے۔

۳۔ ضرر پہنچنے یا محرومی کے وقت فرد جتنا کم عمر ہوگا اس پر اتنا ہی شدید اثر ہوگا۔

۴۔ نشہ آور دوائیں کچھ ایسی علامتیں پیدا کرتی ہیں جو انتشار نفس کی علامتوں سے ملتی جلتی ہوتی ہیں لیکن بجنسہٖ یکساں نہیں ہوتیں۔ ابھی تک تجربہ گاہ میں کسی مرض کا مکمل اعادہ نہیں کیا جا سکا ہے۔

۵۔ کسی بھی قسم کے مضر صحت عامل (بیماری پیدا کرنے والے خوردبینی اجسام، زہریلے کیمیائی مادے اور دماغ کو پہنچنے والی چوٹ وغیرہ) اور حیاتیاتی محرومیاں (وٹامن گلوکوز، ہارمون، غذا، آکسیجن یا نیند کا فقدان) کئی قسم کے نتائج پیدا کر سکتی ہیں۔ مثلاً ذہنی نقص، جنونی یا عصباتی ردِ عمل وغیرہ وغیرہ۔

۶۔ صحت کو شدید نوعیت کا نقصان پہنچانے والے عوامل اور محرومی جسم کے اندرونی توازن میں خلل ڈالتے ہیں۔ یہ ایک روایتی قسم کا دباؤ ردِ عمل پیدا کرتے ہیں۔ ان اثرات کو سیلائی نے مشترکہ طور پر عمومی تطبیقی علامات کا نام دیا ہے۔ بہت سے اختلال خصوصیت سے نفسی جسدی اختلال اس مجموعہ علامات سے مماثلت رکھتے ہیں۔

۷۔ جسم کی ہیئیت، مزاجی خصوصیات اور ذہنی امراض کی کچھ قسموں کے درمیان تعلق موجود ہونے کے کچھ ثبوت ملے ہیں تاہم ان روابط کا تعین کرنے کی راہ میں طریق کار سے تعلق رکھنے والی دشواریاں موجود ہیں۔ دوسرے ان روابط کی وضاحت بھی یقینی طور پر نہیں کی جا سکی ہے۔ تفاعلی امراض میں جسم کے افعال مثلاً دوران خون، خون کی کیمیائی ساخت، شرح استحالہ وغیرہ کی اہمیت کا تعین بھی نہیں کیا جا سکا ہے۔ ان کے لیے جو ثبوت سامنے آئے ہیں وہ مستحکم نہیں ہیں۔

نفسیاتی اسباب

۱۔ ابنارمل کردار کلاسیکی ساختہ التزام اور وسیلی التزام کے اصولوں کے مطابق سیکھے جاتے ہیں۔ کسی فعل و عمل کو پہنچائی جانے والی تقویت کی مقدار، قسم اور وقت، عمل اور اس کو پہنچائی جانے والی تقویت کے درمیان کا وقفہ اور محرک کی قوت ایسے عوامل ہیں جو ابنارمل کردار پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

۲۔ کشاکش، احساس نامرادی، طویل مدتی نگہبانی، غیر یقینی کیفیت، محرومی اور خطرہ ایسی کیفیتیں ہیں جو ابنارمل کردار کا فوری سبب بن جاتے ہیں۔ جانوروں پر کیے جانے والے بہت سے تجربوں سے واضح ہوا ہے کہ دباؤ ڈالنے والے حالات کے تحت ان کے کردار میں بھی تبدیلیاں آجاتی ہیں۔

۳۔ بچپن میں شدید احساس نامرادی کا سامنا کرنا پڑے یا ضروریات کو مناسب حد تک تسکین پہنچائی جائے تو یہ دونوں ہی صورتیں ترکیز دماغی اور عصبانی کردار پیدا کرنے کا سبب بن سکتی ہیں۔ احساس نامرادی عمومی صورت اختیار کر لیتا ہے اور غیر ضروری تسکین سے بعض ایسے کرداروں کو تقویت پہنچتی ہے جو آئندہ زندگی کے لیے ضروری نہیں ہیں اور جنہیں ایک عارضی مدت کے بعد ختم ہو جانا چاہیے یوں تعمیم اور تقویت کے اصولوں کے تحت ہم احساس نامرادی اور بیش تسکین کی وضاحت کر سکتے ہیں۔

۴۔ مادرانہ شفقت سے محرومی، دوسروں پر انحصار، حسی تحریک اور سماجی تعامل کی کمی نفسیاتی اختلال سے پہلے خصوصیت سے رونما ہوتے ہیں۔ یہ نفسیاتی امراض معمولی نفسیاتی مشکلات سے لے کر جنون تک کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔

۵۔ ایک ایسا شخص جو مستحکم شخصیت کا مالک ہو، محض شدید دباؤ کی صورت میں ہی نفسیاتی انتشار کا شکار ہوتا ہے لیکن ایک غیر مستحکم شخصیت اکثر معمولی سے دباؤ کے تحت ہی بکھر جاتی ہے۔ اگر دباؤ کی شدت معین ہو تو اس کے تحت جو نفسیاتی انتشار پیدا ہوگا اس کی شدت کا انحصار شخصیت اور اس کے استحکام پر ہوگا اور اگر شخصیت کے استحکام کو معین کر دیا جائے تو مرض کی شدت کا انحصار دباؤ کی شدت پر ہوگا۔

۶۔ ابتدائی زندگی میں ہونے والے نفسیاتی تجربات بہت اہم ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے شدید نقصان پہنچ سکتا ہے۔ یہ تجربات اگر کبر سنی میں ہوں تو ان کے اثرات اتنے زیادہ مضر نہیں ہوتے۔

۷۔ بچپن کے کچھ نشو و نمائی دور اور تجربے مثلاً دہانی، مقعدی اور تناسلی تجربے بہت اہم ہوتے ہیں۔ آئندہ زندگی کے کردار کے تعین میں ان کا بہت بڑا ہاتھ ہوتا ہے۔

۸۔ کوئی ایک واحد تر دماغی تجربہ شاذ و نادر ہی شدید اور طویل نفسیاتی امراض پیدا کرتا ہے۔

۹۔ والدین اور ہم عمر ساتھیوں سے قریبی تعلق جذباتی الجھنوں اور اختلال کے امکان کو کم کر دیتا ہے۔ والدین اگر بچے کو قبول نہ کریں، اس کی طرف سے لاپرواہی برتیں یا اس کے ہر وصف میں تکمیل کے طالب ہوں اور اس پر ضرورت سے زیادہ حاوی ہو جائیں تو جذباتی اختلال کے امکانات بڑھ جاتے ہیں۔ تربیت کے بلاواسطہ طریقوں سے زیادہ نقصان دہ ہوتے ہیں۔

سماجی تہذیبی اسباب

۱۔ تہذیب نسبتاً نارمل شخصیت کی تشکیل کرتی ہے اور اس پر اثر انداز ہوتی ہے۔ یہ نتیجہ اخذ کرنا کہ جذباتی انتشار میں بھی اس کا بہت بڑا ہاتھ ہوتا ہے، عین قرین عقل ہے۔ اس کے ثبوت موجود ہیں کہ یہ تفاعلی اور عضویاتی دونوں قسموں کے امراض پر اثر انداز ہوتے ہیں۔

۲۔ مختلف تہذیبی جماعتوں میں منحرف کردار کو مختلف نظروں سے دیکھا جاتا ہے۔ جو کردار کسی ایک تہذیب میں صحیح سمجھا جاتا اور تسلیم کیا جاتا ہے، دوسری میں یکسر غلط قرار دیا جا سکتا ہے۔

۳۔ کئی تہذیبوں میں منفرد نوعیت کے امراض پائے جاتے ہیں۔ یعنی یہ امراض کسی دوسرے مقام یا تہذیب میں نہیں ملتے۔ انتشار نفس ایک ایسا مرض ہے جو وسیع پیمانے پر پایا جاتا ہے لیکن اس کی علامتیں بھی مختلف تہذیبوں میں کچھ حد تک مختلف ہوتی ہیں۔ تاہم امراض کی بنیادی صورتوں میں تہذیب کے تغیر کے باوجود خاصی یکسانیت بھی پائی جاتی ہے۔ انتشار نفس، ذہنی فتور اور بہت سے دوسرے امراض کی بنیادی نوعیت ہمہ گیر ہے۔

۴۔ یہ کہنا صحیح نہیں ہے کہ تمدن کے اثرات ذہنی صحت کے لیے نقصان دہ ہیں بلکہ اس کے برعکس اس کا تعین کرنے کے لیے واضح ثبوت موجود ہیں کہ اس کے سود مند اثرات اس کے نقصانات کی تلافی کر دیتے ہیں۔

۵۔ پچھلی صدی میں بہ حیثیت مجموعی جنون میں کوئی اضافہ نہیں ہوا ہے۔ جو اضافہ دکھائی دیتا ہے وہ اوسط عمر میں اضافے کے باعث ہوا ہے۔ ہاں ذہنی اختلال کے مریضوں کو ہسپتال بھیجنے کے رجحان میں ضرور اضافہ ہوا ہے۔

۶۔ کچھ علامات مثلاً تحویلی ہسٹیریا اور جوش و اضمحلال میں حالیہ سالوں میں کمی آئی ہے جبکہ کچھ علامات مثلاً جبری وہم مسلط، نفسی جسدی امراض اور انتشار نفس میں اضافہ ہوا ہے۔

۷۔ دیہی اسپتالوں کے مقابلے میں شہری اسپتالوں میں دماغی مریضوں کی تعداد تقریباً دگنی ہے۔ یہ فرق بظاہر طبی سہولیات کی فراہمی کے فرق کی عکاسی کرتا ہے۔

۸۔ جذباتی انتشار پر جنگ کے اثرات بہت پیچیدہ ہوتے ہیں۔ ان کا انحصار کئی عوامل پر ہوتا ہے مثلاً یہ کہ فرد سپاہی ہے یا عام شہری۔ جنگ کی نوعیت کیا ہے اور وہ کس زمانے میں لڑی جا رہی ہے وغیرہ وغیرہ۔

۹۔ سماجی بدنظمی اور انتشار، مالی محرومیاں اور نچلے طبقے سے تعلق رکھنے والے دوسرے ناپسندیدہ حالات ان خاص سماجی تہذیبی عوامل میں سے ہیں جو نفسیاتی امراض پر (بشمول انتشار نفس) اثرانداز ہوتے ہیں تاہم جنون جوش واضمحلال اور قرب وجوار کی سماجی بدنظمی میں کوئی ربط نہیں پایا گیا ہے۔

۱۰۔ اقلیتی حیثیت اور کنبے میں عدم استحکام۔ یہ دونوں ہی بدنظمی، پست سماجی معاشی حیثیت اور تہذیبی کشاکش سے مربوط پائے گئے ہیں۔ ذہنی صحت پر یہ عوامل انتہائی مضر اثر ڈالتے ہیں۔

۱۱۔ نازک اور دباؤ ڈالنے والے حالات جن میں بیروزگاری طلاق یا موت کے ذریعے کنبے میں پیدا ہونے والا انتشار تیزی سے آنے والی تکنیکی اور رہائشی تبدیلیاں شامل ہیں جذباتی تفاعل پر بہت برا اثر ڈالتے ہیں۔

۱۲۔ چونکہ تہذیب اور سماج ایک ایسے فرد پر اثرانداز ہوتے ہیں جس کے اپنے موروثی خواص ہوتے ہیں، ایک خصوصی جسمانی ساخت اور آموزش کے ذاتی تجربے ہوتے ہیں اس لیے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ جینیائی، حیاتیاتی، غیرجینیائی، نفسیاتی اور تہذیبی عوامل مشترکہ طور پر ہی ابنارمل کیفیت پیدا کرنے کا سبب بنتے ہیں۔

آٹھواں باب

پیمائش قدر EVALUATION

اس سے پہلے ابواب میں ہم نے نفسیاتی اختلال کی اصناف بندی، ان کی نشوونما، حرکیات اور ان کے مختلف اسباب سے بحث کی ہے۔ آگے آنے والے ابواب میں ہم ان کے علاج سے بحث کریں گے۔ مریض اور اس کی دشواریوں کی جانچ پڑتال اوّل الذکر موضوعات اور علاج کے درمیان کی خلیج پر ایک پُل کی حیثیت رکھتی ہے۔ قیاس یہ کیا جاتا ہے کہ مریض آسانی سے وہ مطلوبہ اطلاعات فراہم کر دے گا جن سے اس کی بیماری کا اندازہ لگایا جا سکتا ہے لیکن بد قسمتی سے زیادہ تر صورتوں میں ایسا نہیں ہوتا۔ مریض ان معلومات کا بیشتر حصہ جس کا علم ان کے علاج کے لیے ضروری ہوتا ہے۔ ظاہر نہیں کرتے۔ وہ یا تو اپنے خیالات، رویّوں، ترغیبوں، تخیلات اور مقاصد کی صورت تبدیل کر دیتے ہیں یا ان سے مکمل طور پر منکر ہو جاتے ہیں۔ جذباتی مریض کا موازنہ ایک ایسے عام مریض سے کیا جا سکتا ہے جو ڈاکٹر کے پاس شدید درد کی شکایت لے کر آتا ہے لیکن یہ نہیں بتاتا کہ درد کہاں ہے اور اس کی نوعیت کیا ہے۔ دوسرے لوگوں کی طرح امراضِ نفسی کا مریض بھی اپنی کیفیات کو صیغۂ راز میں رکھنے کا عادی ہوتا ہے۔ جو خیالات اور محسوسات اس کے لیے شرمندگی کا باعث ہوں ان پر پردہ ڈالنا اور ان اصناف پر غلاف چڑھا دینا جو اس کے متعلق ناپسندیدہ تاثر قائم کرا سکتے ہیں، اس کی عادت ہوتی ہے۔ وہ ہمیشہ ایسی دفاعی کوششوں میں لگا رہتا ہے جس سے اس کی عزّتِ نفس میں اضافہ ہو۔ اس کے سماجی رشتے (جن میں معالج کے ساتھ ردِّ عمل بھی شامل ہے) اور اپنی ذات کا ادراک، سب ان دفاعی کوششوں سے متاثر ہوتے ہیں۔

اس مشکل پر قابو پانے کے لیے بہت سے تکنیکی طریقِ کار استعمال کیے جاتے ہیں۔ ان میں

سے ہر طریقہ مریض کی شکایات کو سمجھنے اور اس کے علاج کی تجویز میں پیش کرنے میں معاون ہوتا ہے۔
اگر مریض پہلے کبھی زیر علاج رہ چکا ہے تو مرض کو پرکھنے کے لیے سابقہ علاج کی نوعیت اور ہسپتال کے ریکارڈ وغیرہ حاصل کیے جاتے ہیں۔ اس سلسلے میں اس کے عزیزوں اور دوسرے جاننے والے افراد سے گفتگو کی جاتی ہے۔ اس کے علاوہ جو زیادہ اہم اور خصوصی طریقے استعمال کیے جاتے ہیں، ان میں جسمانی جانچ، تجربہ گاہ میں کیے جانے والے ٹسٹ، انٹرویو، کردار کا مشاہدہ اور نفسیاتی آزمائشیں ایسی معلومات فراہم کرتے ہیں جو مریض خود مہیا نہیں کر سکتا۔ مثلاً جسمانی جانچ اور تجربہ گاہ میں کیے جانے والے ٹسٹ (مثلاً خون کی جانچ اور کچھ دوسرے طریقے مثلاً انٹرویو اور شخصیت کی آزمائشیں ایسی معلومات فراہم کرتے ہیں جو مریض خود مہیا کر سکتا ہے بشرطیکہ وہ باشعور ہو اور اس میں دفاعی کوششیں موجود نہ ہوں۔ ایک نفسیاتی کیس کے عوامل اور اسباب کو اکثر اس وقت تک نہیں سمجھا جا سکتا جب تک علاج خاصہ آگے نہ بڑھ گیا ہو۔ البتہ پیمائش کے معیاری طریقے استعمال کر کے ایک کارآمد اور عارضی رائے قائم کی جا سکتی ہے۔

جسمانی جانچ

ایسی بہت سی مثالوں کے ریکارڈ موجود ہیں جن میں جذباتی عارضوں کا علاج عمل جراحی یا خالص طبی طریقوں سے کیا گیا تھا۔ اس کے برخلاف ایسی مثالیں بھی ملتی ہیں جن میں ایسے لوگوں پر علاجِ نفسی آزمایا گیا جن کی شکائیتیں دماغ کی رسولی یا مرکزی نظام اعصاب کے اختلال کی وجہ سے پیدا ہوئی تھیں۔ نفسیاتی مریض کی جسمانی جانچ کی سب سے اہم وجہ یہ پتہ لگانا ہے کہ عارضہ عضویاتی تو نہیں ہے تاکہ علاج مرض کی نوعیت کے مطابق کیا جا سکے۔ دوسرے یہ جاننا بھی ضروری ہے کہ ایسا تو نہیں ہے کہ کچھ طبی عوامل اس عارضے میں اضافے کا باعث بن رہے ہیں جو بنیادی طور پر تفاعلی ہے۔ عصباتی اختلال، انتشار نفس اور اضمحلال کے مریضوں میں بھی دوسرے افراد کی طرح جسمانی شکایات مثلاً دانت کا درد، آنکھ کی تکلیفیں اور الرجی پائی جا سکتی ہیں۔ ان کی جسمانی شکایتیں اکثر ان کی جذباتی بیماریوں کو بڑھا دیتی ہیں۔

نفسیاتی مریضوں کی جسمانی جانچ میں جسم کے خصوصی اعضا اور ان کے افعال کی جانچ اور کچھ خصوصی عصباتی طریق کار شامل ہیں۔ ان میں اضطراریے حسی مشکلات، حرکی مشکلات اور مرکزی نظام اعصاب کے افعال کی جانچ شامل ہے۔ اس آخری جانچ کا مطلب ہوتا ہے دماغ

کی برقی فعالیت کا ایک گراف کی صورت میں اندراج۔ اس ریکارڈ کو الیکٹرو انسیفلوگرام یا مختصراً صورت میں ای۔ای۔جی کہا جاتا ہے۔ وہ دماغ جو مرگی، رسولی یا دوسری مرضیاتی کیفیات سے متاثر ہوتا ہے۔ ای۔ای۔جی کے ابنارمل نمونے پیش کرتا ہے جو عموماً بہ آسانی پہچان لیے جاتے ہیں۔ اس کا خصوصی طرز مرض کی خصوصی نوعیت کو سمجھنے میں مدد کرتا ہے (کبھی کبھی تفاعلی امراض میں بھی ای۔ای۔جی کے ابنارمل نمونے سامنے آئے ہیں۔

انٹرویو

مریض عموماً ابتدائی انٹرویو سے گھبراتا ہے وہ یقیناً علاج کرانا چاہتا ہے لیکن ان لوگوں سے ڈرتا ہے جو علاج میں مدد کر سکتے ہیں۔ والدین ڈاکٹر، پولس مین اور دوسرے ذی اقتدار لوگوں کے تئیں اس کے رویوں میں جو تبدیلی آتی ہے اس کی وجہ سے وہ انٹرویو لینے والے شخص کی طرف سے بھی مشکوک ہو جاتا ہے۔ مریض اسے ایک امکانی دشمن سمجھتا ہے جو اس کے رشتے داروں یا دوسرے افراد کے ساتھ سازش میں شریک ہے۔ وہ سمجھتا ہے کہ یہ لوگ اس کے خلاف ہیں اور انھوں نے اس کے طرز عمل پر سرزنش کے لیے اس کو ہسپتال بھیجا ہے۔ اسے خوف ہوتا ہے کہ اس کے بیانات کو اس کے خلاف استعمال کیا جائے گا۔ اس کی سمجھ میں نہیں آتا کہ اُسے انٹرویو سے کوئی طبی مدد کیوں کر مل سکتی ہے۔ اگر انٹرویو لینے والا اس کے ان منفی رویوں کا سدباب کر سکے تو اُسے مریض سے اہم اور ضروری معلومات حاصل ہو جائیں گی۔ علاوہ ازیں علاج نفسی تو بعد میں شروع ہوگا لیکن ان مثبت رویوں کی تشکیل بذات خود علاج کی ابتدا ثابت ہوگی۔

مریض کے ساتھ ابتدائی انٹرویو کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کی حالیہ مشکلات اس کے خاندان، سماجی رابطوں اور اس کی شخصیت کی اہم خصوصیات کا پتہ لگایا جائے۔ مریض کے بیانات کو ان کے ظاہری معنوں میں نہیں لیا جاتا بلکہ ان کو اس کے لفظی کردار کا نمونہ سمجھا جاتا ہے جس کے ذریعے مختلف نتائج اخذ کیے جا سکیں۔ اگر ایک مریض یہ کہتا ہے کہ "میری سب کے ساتھ بخوبی بن رہی ہے" تو اس کا مطلب یہ ہو سکتا ہے کہ واقعی اس کے تعلقات سب کے ساتھ صحیح معنوں میں اچھے ہیں اور یہ بھی ہو سکتا ہے کہ وہ اپنے کنبے کے افراد، واقف کاروں اور ہم پیشہ ساتھیوں کو اس قدر ناپسند کرتا ہے کہ جب وہ کہتا ہے "سب کے ساتھ"، تو انھیں "سب" کے

زمرے سے خارج کر دیتا ہے۔ ان میں سے کس معنی کو صحیح سمجھا جائے اس کا انحصار اوّل تو مریض کی گفتگو کے طرز پر ہوتا ہے اور دوسرے اس کے باقی بیانات کی روشنی پر بھی۔

ایک باصلاحیت انٹرویو لینے والا مریض کو گفتگو کے لیے زیادہ سے زیادہ آمادہ کرتا ہے۔ مریض کو آزادانہ گفتگو کے لیے تیار کرنے اور اس کی جھجک مٹانے کے لیے اُسے مریض میں دلچسپی لینی ہوتی ہے۔ اور اس کو قبولیت بخشنا پڑتی ہے۔ قبولیت بخشنے کا مطلب یہاں تسلیم کرنا نہیں ہے۔ انٹرویو لینے والا اگر مریض کے کردار کی تائید نہیں کرتا ہے تو وہ کسی قسم کے فیصلے کا اظہار بھی نہیں کرتا ہے۔ وہ نہ تو مریض کے بیانات کی اصلاح کرتا ہے نہ ان پر نکتہ چینی کرتا ہے بلکہ ہمدردی کے ساتھ سنتا جاتا ہے اور یہ سمجھنے کی کوشش کرتا ہے کہ مریض کے خصوصی طرزِ عمل کی وجہ کیا ہے۔

وہ ایک استقبالیہ انٹرویو کے ذریعے مریض کی زندگی کے حساس علاقوں مثلاً خودکشی کے خیالات یا کوششوں، ماضی میں ہونے والے کرداری اختلال کے واقعات، کنبے کے اراکین کے ساتھ تعلقات اور جنسی کردار وغیرہ کے بارے میں معلومات اکٹھا کرتا ہے۔ ان معلومات کو اس طرح حاصل کرنے کے لیے کہ مریض مزید تشویش اور احساس جرم میں مبتلا نہ ہو، یقیناً مہارت کی ضرورت ہوتی ہے۔ نہ تو اس کو ڈرا دھمکا کر کسی بات کا اعتراف کرنے کے لیے مجبور کیا جا سکتا ہے اور نہ کرنا ہی چاہیے۔ اس کے برعکس انٹرویو لینے والے کو ایسا ماحول پیدا کرنا چاہیے جس میں مریض محسوس کرے کہ اس کو کوئی نقصان نہیں پہنچایا جائے گا خواہ وہ کچھ بھی کہے۔ ایسے آزادانہ ماحول میں ہی اس میں ذاتی نوعیت کی گفتگو کرنے کی ہمت پیدا ہو سکے گی۔ اگر ہمت افزائی کرنے پر بھی مریض گفتگو کے لیے آمادہ نہ ہو تو اس سے انتہائی ہوشیاری کے ساتھ سوالات کر کے معلومات حاصل کی جا سکتی ہیں۔

مریضوں سے سوال کرنے کی کئی تکنیکیں ہوتی ہیں۔ اگر تربیت یافتہ انٹرویو کرنے والا انھیں استعمال کرے تو وہ کافی کارآمد ثابت ہو سکتی ہیں۔ اس سلسلے میں پہلا اصول جس کی پابندی ضروری ہے یہ ہے کہ عمومی سوالات بعد میں کرنا چاہئیں۔ ایک مرتبہ کسی حساس پہلو کو چھیڑ دینے کے بعد تفتیش کا رُخ اس کے مرکزی پہلو کی طرف موڑا جا سکتا ہے۔ مثال کے طور پر اگر اضمحلال کے کسی مریض میں خودکشی کے رجحان کا شبہ ہو تو حسب ذیل نوعیت کے سوال ضروری تعداد میں پوچھے جا سکتے ہیں۔

"جب آپ پریشان یا اداس ہوتے ہیں تو آپ کے ذہن میں کس قسم کے خیال آتے ہیں؟"

"کیا آپ کو کبھی ایسا لگتا ہے کہ زندگی قابل قدر شے نہیں ہے؟"

"کیا کبھی آپ کے ذہن میں اپنی زندگی کو ختم کر دینے کا خیال آیا ہے؟"

"آپ اپنی زندگی کو ختم کرنے کے لیے کون سا طریقہ آزمانے کی سوچ رہے تھے؟"

ہر شخص کے لیے وہ موضوع، جس سے اس کو خطرہ محسوس ہو، الگ ہوتا ہے۔ ایک مریض جنسی معاملات پر انتہائی آزادانہ گفتگو کر سکتا ہے لیکن اس کے پیشے سے متعلق سوال کیجیے تو ہو سکتا ہے اس پر جمود طاری ہو جائے۔ اسی طرح ممکن ہے کہ وہ بے تکے تخیلات کا بے جھجک اظہار کرے لیکن اپنی مالی حالت کے متعلق ایک لفظ بولنے سے بھی انکار کر دے۔ انٹرویو لینے والے کو کبھی یہ نہیں سوچنا چاہیے کہ تمام مریض ایک جیسے ہوتے ہیں۔ اس سے بھی زیادہ غلط یہ ہوگا کہ وہ تمام مریضوں کو خود اپنا جیسا سمجھ بیٹھے۔

ایک اور تکنیک یہ ہے کہ روزمرہ کی عام باتوں کے درمیان جو جذبات سے عاری ہوں، ایک اہم سوال کو برسبیلِ تذکرہ پوچھ لیا جائے۔ مقصد مریض کو دھوکہ دینا نہیں ہے بلکہ ہراساں کرنے والے مواد کو اس طرح بے اثر بنا دینا ہے کہ مریض اس کے متعلق آسانی سے گفتگو کر سکے۔

ایک تیسری تکنیک رہنمائی کرنے والے سوالات پر مشتمل ہوتی ہے۔ مثلاً اگر کبھی آپ کو بیوی پر غصہ آتا ہے تو آپ کیا کرتے ہیں؟" یہاں بھی یہ مقصد نہیں ہے کہ مریض کو دھوکا دے کر اس سے بات معلوم کی جائے بلکہ مقصد جواب میں آسانی پیدا کرنے کے لیے مریض کو یہ باور کرانا ہے کہ کبھی نہ کبھی ہر شخص اپنی بیوی سے ناراض ہوتا ہے۔ یہ تکنیک اکثر ناکام بھی ہو جاتی ہے خصوصیت سے جب انٹرویو کا ماحول آزادانہ اور ہمدردی آمیز نہ ہو۔

اگر جذبات سے تعلق رکھنے والا کوئی موضوع ابتدا میں رکاوٹ کا باعث بن جاتا ہے تو اس وقت اس کو نظر انداز کر کے بعد میں کسی اور عنوان کے تحت پھر اٹھایا جا سکتا ہے۔ کبھی کبھی بلاواسطہ سوالات بھی کارآمد ثابت ہو سکتے ہیں۔ مثلاً آپ کے خیال میں کسی شخص کے خودکشی کی طرف مائل ہونے کے کیا اسباب ہو سکتے ہیں؟" یا "آپ کے خیال میں شوہر و بیوی کے درمیان تعلقات کی نوعیت کیا ہونی چاہیے" ان سوالوں کے جواب تفصیل کے ساتھ دیے جا سکتے ہیں۔

حساس گوشوں کی تہہ تک پہنچنے کے لیے جو تکنیکیں استعمال کی جاتی ہیں ان کے برعکس مریض کے کردار کے کچھ پہلوؤں کی چھان بین کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اس سے براہ راست سوال پوچھے جائیں۔ مثال کے طور پر یادداشت کی جانچ کے لیے اس طرح کے سوالات کیے جا سکتے ہیں جیسے "آپ کب پیدا ہوئے تھے؟ اسکول کا امتحان کب پاس کیا؟ شادی کب ہوئی؟ زندگی کے اہم واقعات کب رونما ہوئے"؟ حالیہ یادداشت کو جانچنے کے لیے اس طرح کے سوال مفید ہو سکتے ہیں "آپ نے صبح کے ناشتے میں کیا کھایا تھا؟ ایک دن پہلے آپ نے کیا کیا تھا"؟ فریب ادراک کو جاننے کے لیے بھی براہ راست سوال کیے جا سکتے ہیں مثلاً یہ کہ آپ کو کبھی جاگنے میں خواب جیسا تجربہ ہوا ہے یا کسی کے آس پاس نہ رہتے ہوئے بھی آوازیں سنائی دی ہیں وغیرہ وغیرہ۔ زمان و مکان اور گرد و پیش کے افراد سے آگاہی کا پتہ دن، تاریخ، اس جگہ کا نام جہاں وہ موجود ہے اور خود مریض کا نام پوچھ کر لگایا جا سکتا ہے۔

تاہم ماہرانہ انٹرویو محض اچھے سوالات کے تسلسل پر منحصر نہیں ہوتا بلکہ مریض کی بجائے اگر صرف سوالات کو اہمیت دی جائے تو انٹرویو انتہائی ناقص ہوگا۔ انٹرویو لینے والے کے رویے کے مقابلے میں انٹرویو کی تکنیک ثانوی حیثیت رکھتی ہے۔ دوسروں میں گرم جوشی اور دلچسپی کا احساس پیدا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ خود اپنے اندر یہ احساسات پیدا کیے جائیں۔ ماہرین کی نگرانی میں انٹرویو کی تعلیم و تربیت ماہرینِ امراض نفسی اور کلینکی ماہرین نفسیات، دونوں کے لیے نہایت اہم ہے۔ اس تربیت میں تشخیصی اور علاجی دونوں انٹرویو شامل ہوتے ہیں اور ان دونوں میں زیر تربیت معالج کے الفاظ کی بہ نسبت اس کے احساسات اور رویوں پر زیادہ زور دیا جاتا ہے۔

نیچے ایک ایسے انٹرویو کی مثال پیش کی جا رہی ہے جو قطعاً لاحاصل سمجھا جائے گا۔ بات دراصل یہ تھی کہ انٹرویو لینے والا شخص خود ہی بے اطمینانی کا شکار تھا۔ نتیجہ یہ ہوا کہ اس نے بالکل سیدھے سیدھے سوال داغ دیے لاشعوری طور پر یہ سوالات اس طرح تیار کیے گئے تھے کہ معمول کو بولنے کا موقع نہ دیا جا سکے۔ مثلاً۔

سوال ۔ آپ کے کوئی بھائی یا بہن ہے۔

جواب ۔ ایک بھائی۔

سوال ۔ اس کی عمر کیا ہے؟

جواب تیس برس۔

س ۔ وہ کرتے کیا ہیں

ج ۔ بکس بنانے کی فیکٹری میں سپروائزر ہیں

س ۔ آپ ان سے اکثر ملتے ہیں

ج ۔ نہیں چار مہینوں میں ایک مرتبہ ملاقات ہوتی ہے۔

س ۔ آپ لوگوں میں خط و کتابت ہے

ج ۔ نہیں۔

پورا انٹرویو اسی نوعیت کا تھا۔ انٹرویو لینے والے کی توجہ محض حقائق پر تھی محسوسات پر نہیں۔ اس نے یہ نہیں کہا "اپنے کنبے کے بارے میں مجھے بتلایئے" یا آپ اپنے کنبے کے بارے میں کیا محسوس کرتے ہیں؟" اس کی وجہ یہ تھی کہ وہ خود ڈرتا تھا کہ ان سوالوں کے ذریعے جو جذباتی گفتگو سامنے آگی وہ اس کے ساتھ انصاف نہیں کر سکے گا۔ خالص حقائق پر مبنی سوالوں سے مریض کی نجی زندگی سے تعلق رکھنے والی معلومات ضرور حاصل ہو جاتی ہیں لیکن ایسی باتیں تو داخلہ فارموں کی خانہ پُری سے بھی معلوم کی جا سکتی ہیں۔

کبھی کبھی ایسا بھی ہوتا ہے کہ مریض شدید جذباتی انقباض، نسیان یا گونگے پن کی وجہ سے ضروری معلومات فراہم نہیں کر سکتا۔ ان حالات میں وہ عملِ تنویم اور کچھ مسکن یا ہیجان انگیز ادویہ کے زیرِ اثر کھل سکتا ہے۔ انٹرویو سے پہلے دو مسکن دوائیں اکثر استعمال کرائی جاتی ہیں۔ انھیں عضلاتی انجکشن کی صورت میں دیا جاتا ہے۔ یہ کبھی کبھی مریض کو حیرت انگیز طور پر گفتگو پر آمادہ کرتی ہیں۔ ان کا استعمال اس وقت خصوصیت سے کار آمد ثابت ہوتا ہے جب تشخیص یا علاج کے لیے مریض کو کسی صدماتی یا احتباس شدہ واقعے کو دوبارہ حافظے کی گرفت میں لانا ہو۔

تاہم گارنٹی کے ساتھ یہ نہیں کہا جا سکتا کہ مریض ان دواؤں کے زیرِ اثر صحیح بولے گا یا کم از کم حقیقت کا کوئی اہم حصہ سامنے لائے گا۔ سچ پوچھیے تو عمل تنویم یا دواؤں کی تکنیک باصلاحیت اور ماہرانہ انٹرویو کا بدل نہیں بن سکتی۔

ہسپتال میں مریض کے کردار کا مشاہدہ

ہسپتال کی ایک سمجھدار نرس مریض کی روزمرہ کی حرکات و سکنات کے مشاہدے سے مریض

کے بارے میں بہت کچھ جان سکتی ہے۔ انٹرویو اور ہسپتال کے وارڈ میں ہونے والے خلل کو ریکارڈ کرنے اور باہم مربوط کرنے کے لیے کئی اوصاف پیما تشکیل کیے گئے ہیں۔ اس طرح کی ایک پیمائش ین لور (1953، ......) نے چالیس نکات رکھے ہیں جن کے ذریعے انٹرویو کے دوران کیے جانے والے مشاہدے یا مشاہدے کے ذریعے اخذ کیے جانے والے نتائج کا خلاصہ پیش کیا جا سکتا ہے۔ ان کے علاوہ بائیس ایسے نکات ہیں جن کے تحت ہسپتال کے دوران قیام ہونے والے مشاہدوں کا اندراج کیا جا سکتا ہے۔ ان نکات میں تفاعلی جنون کی مختلف قسموں کی علامتوں کا ایک وسیع نمونہ شامل ہے۔ ذیل کے دو نکات انٹرویو پر مبنی ہیں۔

کیا متعلقہ فرد کے خیالات و محسوسات میں ہم آہنگی اور ربط پایا جاتا ہے یا ان کے درمیان ربط کی کمی ہے؟ (مثال کے طور پر ایک شخص کا بیان ہے کہ اسے ساری رات ٹارچ کی روشنی سے اذیت پہنچائی گئی ہے لیکن یہ بتاتے ہوئے کہ اس کے چہرے پر کرب کے آثار نہیں ہیں۔ وہ مسکرا رہا ہے)۔

کیا وہ معمولی سی، غیر اہم بنا پر یا بغیر کسی سبب کے خود کو ناکارہ، گناہ گار، برا اور مجرم سمجھتا ہے۔

ان نکات کی اوصاف بندیوں کے اعداد کو جوڑ کر نفسی امراض کے مختلف پہلوؤں کے تمثیلیاتی فرق کی صورت میں پیش کیا جاسکتا ہے مثلاً پیرانوئیاں اختلال، حرکات و سکنات میں حد سے زیادہ تیزی، ادراک کی مسخ شدہ صورتیں، ماحول سے کنارہ کشی وغیرہ وغیرہ۔ اس سے مریض کی علامتوں کی مجموعی صورت کا خلاصہ بھی سامنے آجاتا ہے۔ اس قسم کی اوصاف پیمائی مرض کی تشخیص کے علاوہ تحقیقی مقاصد میں بھی کام آسکتی ہے۔ اس کے ذریعے منحرف کردار پر ایسا معروضی مواد حاصل ہوسکتا ہے جس کا اعداد و شمار کے ذریعے یقین کیا جاسکے۔

نفسیاتی آزمائشیں

ذہنی مریضوں کے ساتھ کام کرنے والے دوسرے پیشہ ور افراد کے برعکس کلینکی ماہرِ نفسیات کو نفسیاتی ٹسٹ دینے اور ان کی تشریح کرنے کی خصوصی تربیت حاصل ہوتی ہے۔ نفسیاتی آزمائش کی تعریف ہم یوں کرسکتے ہیں کہ یہ ایک ہم آہنگ اور معیاری صورت حال میں جس پر پورا کنٹرول حاصل ہو، کسی فرد کا مشاہدہ کرنے کا ذریعہ ہے۔ یہ کردار کا ایسا نمونہ پیش کرتا ہے جس کے ذریعے دوسرے کرداروں کے متعلق بھی رائے قائم کی جاسکے۔ مثال کے طور پر ذخیرۂ الفاظ کے ایک معیار ٹسٹ کے ذریعے ہمیں جو اسکور حاصل ہوتے ہیں۔ ان کے ذریعے کچھ حد تک متعلقہ فرد کے غور و فکر کی صحت، استدلال، ذہنی بیداری اور کچھ پیشوں میں کامیابی یا ناکامی کے امکانات اور کردار کے دوسرے بہت سے پہلوؤں کے متعلق رائے قائم کی جاسکتی ہے۔ اس وقت نفسیاتی آزمائشیں خاصی بڑی تعداد میں موجود ہیں۔ ابنارمل نفسیات کے لیے ان کی تین قسمیں خصوصیت سے اہم ہیں (۱) ذہانت کی آزمائشیں (۲) دماغ کے عضویاتی امراض کی وجہ سے ذہنی کارکردگی کو جو نقصان پہنچتا ہے ان کی جانچ کرنے والی آزمائشیں اور (۳) شخصیت کی آزمائشیں۔ ذہانت کے ٹسٹ یا آزمائشیں فقط ذہنی کی جانچ کے لیے بہت ضروری ہیں۔ یہ بہت سے دوسرے مقاصد کے لیے بھی کارآمد ہیں۔ مثال کے طور پر چونکہ ایک اوسط درجے کے ذہین شخص کے مقابلے میں علاج نفسی کے ذریعے ذہانت کے اعتبار سے برتر شخص کی صحت یابی کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں اس لیے علاج کا طریقہ تجویز کرنے کے لیے مریض کی قدر ذہانت (I.Q.) جاننے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ذہنی کارکردگی کے نقص کی جانچ کے ذریعے ہم یہ جان سکتے ہیں کہ دماغ کے ضرر سے کس حد تک خلل پیدا ہوا ہے۔ حالانکہ دماغ کی

کی عضویاتی بیماریوں کی تشخیص کا زیادہ اہم وسیلہ طبی جانچ ہے۔ شخصیت کی آزمائشیں تشخیص میں بڑی مدد کرتی ہیں۔ ان سے اس بات کا فیصلہ کرنے میں بھی مدد ملتی ہے کہ مریض کی محض اچھی طرح دیکھ بھال کافی ہے یا اُسے علاج نفسی کی ضرورت ہے یا اُسے ہسپتال سے خارج کر دینا چاہیے۔ اس کے علاوہ ان کے ذریعے علاج نفسی کے ممکنہ نتائج کو سمجھنے میں بھی مدد ملتی ہے۔ ان تینوں اقسام کی آزمائشوں کے علاوہ کچھ اور آزمائشیں بھی ہیں جو کبھی کبھی استعمال میں آتی ہیں۔ مثلاً دلچسپیوں خصوصی صلاحیتوں اور اکتسابی اہلیت کی آزمائشیں۔

ذہانت

ذہنی امراض کی تشخیص کے سلسلے میں سب سے زیادہ استعمال ہونے والی ذہانت کی آزمائشوں میں ویشلر پیمائش (1956، 1969، 1967ء Weschler Scales) شامل ہیں۔ ان میں بالغوں، نوبالغوں اور بچوں سب کے لیے علاحدہ علاحدہ پیمانے شامل ہیں۔ بچے اور بالغ دونوں ہی الفاظی و غیر الفاظی آزمائشوں کے ذریعے جانچے جاتے ہیں۔ الفاظی آزمائشوں میں معلومات عامہ دو اشیا کے درمیان پائی جانے والی مماثلت کی دریافت اور مختلف اشیا یا خیالات کی تشریح جیسی مدیں شامل ہیں۔ غیر الفاظی آزمائشوں میں بکھری ہوئی تصویروں کو ترتیب وار سجا کر ایک کہانی میں مربوط کرنا، بھول بھلیاں کے ٹکڑوں کو مخصوص تنظیم کے مطابق یکجا کرنا اور لکڑی کے ٹکڑوں کو کارڈ پر دی گئی تصویر کے مطابق ترتیب دینا جیسی ضمنی آزمائشیں شامل ہیں۔

ذہنی کارکردگی کے انحطاط کی جانچ

ان آزمائشوں کا مقصد یہ دیکھنا ہوتا ہے کہ پہلے کے مقابلے میں ایک شخص کی ذہنی کارکردگی میں کتنی کمی آئی ہے۔ یہ انحطاط ان مریضوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے جو عصباتی امراض میں مبتلا ہوں۔ لیکن تفاعلی جنون کی بہت سی اقسام میں بھی ذہنی انحطاط ظاہر ہوتا ہے۔ ذہنی انحطاط کی جانچ کا سب سے آسان اور براہ راست طریقہ تو یہ ہے کہ مرض کی ابتدا سے پہلے حاصل کیے گئے اسکوروں اور بعد میں حاصل کیے جانے والے اسکوروں کا موازنہ کیا جائے۔ لیکن بدقسمتی سے عام طور پر بیماری کی ابتدا سے پہلے کے اسکور دستیاب نہیں ہوتے ہیں۔ ایک متبادل طریقہ یہ ہے کہ اسکول

کی رپورٹ اور کامیابیوں کے ذریعے پہلے کی قدر ذہانت کا اندازہ لگایا جائے اور پھر اس کا موازنہ موجودہ قدر ذہانت سے کیا جائے لیکن اس طریقے میں بہت سی غلطیوں کا اندیشہ باقی رہ جاتا ہے۔ اس لیے آج کل دو قسم کی آزمائشی مدوں کو علاحدہ کرنے کے لیے بڑی کوشش صرف کی جارہی ہیں۔ ایک تو وہ مدیں جو ان صلاحیتوں کا پتہ لگاتی ہیں جو کسی مرض کے دوران متاثر ہوتی ہیں اور دوسری وہ جو ان صلاحیتوں کا پتہ لگاتی ہیں جن میں نمایاں انحطاط آجاتا ہے۔ اس کی تائید میں خاصے پختہ ثبوت موجود ہیں کہ الفاظی صلاحیتوں میں ان صلاحیتوں کی بہ نسبت کم زوال آتا ہے جن میں تیز کاری، تجریدی استدلال اور تصورات کی ضرورت ہوتی ہے۔ اس لیے ذخیرۂ الفاظ کو سابقہ ذہنی سطح کو جاننے کے لیے بطور پیمانہ استعمال کیا جاتا ہے۔ ذخیرۂ الفاظ اور دوسری صلاحیتوں کے درمیان پایا جانے والا فرق انحطاط کی مد کو ظاہر کرتا ہے۔

شپلے۔ ہارٹ فورڈ اسکیل (۱۹۴۰) ان آزمائشوں میں سے ایک ہے جسے ذہنی انحطاط کو جاننے کے لیے وسیع پیمانے پر استعمال کیا جاتا ہے۔ اس میں ایک حصہ ذخیرۂ الفاظ پر مبنی ہے جس کے تحت چالیس متعدد انتخاب مدیں ہیں۔ اس کے علاوہ بیس ایسی مدیں بھی ہیں جو تجریدی تصورات کی جانچ کرتی ہیں۔ اس دوسرے حصے میں حاصل ہونے والے اسکوروں کو الفاظی اسکوروں سے تقسیم کردیا جاتا ہے۔ اس کے نتیجے میں اگر بہت کم اسکور حاصل ہوں تو ذہنی انحطاط ظاہر ہوتا ہے۔ بدقسمتی سے دوسری آزمائشوں کی طرح اس آزمائش میں بھی بہت سی خامیاں ہیں۔ یہ تفاعلی اور عضویاتی جنون کی تفریق کامیابی کے ساتھ نہیں کرسکتا۔ یہ ان مریضوں کے لیے مناسب نہیں ہیں جن کی صلاحیت اختلال کے رونما ہونے سے پہلے بھی بہت کم تھی۔ اس کو دوسری آزمائشوں کے ساتھ ملا کر استعمال کیا جائے تو یہ دماغی نقصان کا اندازہ کرنے میں خاصی مدد کرتی ہے۔ لیکن اپنی تنہا صورت میں بہت زیادہ قابل اعتبار نہیں ہے۔

ایک دلچسپ اور دوسروں سے مختلف نظریہ جو عضویاتی ذہنی اختلال کی جانچ کرتا ہے۔ گولڈ اسٹین شیرر ٹسٹ میں پایا جاتا ہے۔ ان آزمائشوں کا بنیادی مفروضہ یہ ہے کہ نارمل فرد تجریدی اور مادی دونوں سطحوں پر غور و فکر کرسکتا ہے جب کہ دماغی امراض میں مبتلا اشخاص محض ٹھوس اور مادی کردار تک محدود رہ جاتے ہیں۔ مادی کردار کی پیمائش کے لیے گولڈ اسٹین اور شیرر نے بہت سے اقسام بندی کے ٹسٹ ایجاد کیے ہیں۔ مریض کے سامنے بہت سی اشیاء ڈال دی جاتی ہیں جو مختلف شکلوں اور رنگوں کی بنی ہوتی ہیں اور وقت کا ...

استعمال ہوتی ہیں۔ مریض سے کہا جاتا ہے کہ وہ ان اشیا کو ایک جگہ اکٹھا کرے جو اس کے خیال میں ایک جماعت کے اندر آتی ہیں اور پھر اس کی وجہ بیان کرے کہ اس نے انہیں کس بنا پر ایک زمرے میں رکھا ہے۔ ہو سکتا ہے مریض کوئی مشترک پہلو دریافت ہی نہ کر سکے یا وہ اشیا کو محض ان کے مادی خواص کی بنا پر یکجا کرے، تصوراتی اور تجریدی خواص اس کی سمجھ میں نہ آسکیں (مثلاً وہ کھانے کے برتنوں کو تو ایک ساتھ رکھ دیتا ہے۔ لیکن کھانے کے ایسے سامان جیسے چھری کانٹا اور بڑھئی کے اوزاروں کو ساتھ ملا کر ایک وسیع تصور "اوزار" کے تحت نہیں رکھ سکتا۔

اس آزمائش میں کئی ضمنی آزمائشیں شامل ہیں۔ ذہنی نقائص کا شکار ہو جانے والے افراد یا وہ مریض جن کے دماغ کو نقصان پہنچا ہے اور شدید قسم کے انتشار نفس میں مبتلا اشخاص کی مادی سطح تک محدود رہنے والی فکر، ان میں سے چند یا تمام آزمائشوں میں رونما ہو سکتی ہے۔

شخصیت

شخصیتی آزمائشوں کی دو خصوصی قسمیں ہیں (۱) متعین ساخت کی آزمائشیں اور (۲) اظلالی آزمائشیں۔ اول الذکر کے تحت سوالنامے مندرجات اور خود آزمائشی اسکیل آتے ہیں فرد ایسی مدوں پر اپنے اتفاق یا اختلاف رائے کا اظہار کرتا ہے جن کی جانچ پڑتال کر کے انہیں معیاری حیثیت دی جا چکی ہے، یا وہ اصناف پیمائی کے کسی اسکیل پر اپنا مقام متعین کرتا ہے۔

کمال احتیاط کے ساتھ تشکیل کی جانے والی اور وسیع پیمانے پر استعمال ہونے والی شخصیت کے مندرجات میں سے ایک کو Minnesota Multiphasic Personality (Inventory) کا نام دیا گیا ہے۔ اس میں ۵۵۶ مدیں شامل ہیں جو بہت سے پہلوؤں کا احاطہ کرتی ہیں۔ ان میں جسمانی افعال کے انتشار، سماج دشمن رویے، فکر کی کمی، بیش فعالیت، مردانگی یا نسوانیت اور دلچسپیاں وغیرہ شامل ہیں۔ فرد ہر سوال کا جواب "صحیح"، "غلط" یا "نہیں کہہ سکتا" کی صورت میں دیتا ہے۔ اس کے جوابات کو کردار کے مختلف رجحانوں (مثلاً دماغی رجحان، بیرون سمتی وغیرہ) اور مختلف مجموعہ علامات کی آزمائش کے اعتبار سے تقسیم کیا جاتا ہے (مثلاً مراق علامت، ہسٹیریا

پیرانوئیا اور انتشار نفس وغیرہ وغیرہ) ہر اسکیل یا آزمائش کی تشکیل نفسیاتی مریضوں کے پیش نظر کی گئی تھی اور انھیں پر آزما کر اس کی صحت کی جانچ کی گئی تھی۔ افراد کی اصناف بندی کے علاوہ شخصیت کے یہ مندرجات شخصیت کی تشریح کا ذریعہ بھی ہیں۔ اکثر ایک شخص میں ایسی شخصیتی خصوصیات پائی جاتی ہیں جو کچھ دوسرے افراد میں بھی موجود ہوتی ہیں یعنی وہ ایسے اشخاص کی خصوصیات کا حامل ہوتا ہے جن کی شخصیت کا نقشہ اس کی شخصیت سے ملتا جلتا ہے۔ شخصیت کے نقشے میں دوسروں پر انحصار، بغاوت، عدم اعتماد، اضطراری کیفیات، خوف زدگی، اعتباس کا رجحان اور دوسرے بہت سے اوصاف شامل ہوتے ہیں۔ (MMPI) کی مدد کی کچھ مثالیں دیکھیے۔

۱ ۔ میری روز مرہ زندگی ایسی چیزوں سے بھری پڑی ہے جن سے مجھے دل چسپی ہے۔
۲ ۔ مجھے بہت سے عجیب و غریب تجربات سے سابقہ پڑا ہے۔
۳ ۔ میں بہت آسانی سے گھبرا جاتا ہوں۔
۴ ۔ مجھے چاقو یا کسی تیز اور نوکیلی شے کے استعمال سے ڈر لگتا ہے۔
۵ ۔ لوگوں کی زیادہ تر تعداد جنسی بے راہ روی میں مبتلا ہے۔

(یاد رہے کہ ان سوالوں کے جواب 'ہاں' 'نہیں' یا 'نہیں کہہ سکتا' کی صورت میں دیتے ہیں)

انظلالی آزمائشوں میں لوگوں کے سامنے ایسی اشیا یا کام پیش کیے جاتے ہیں جو خاصی حد تک غیر متعین ساخت کی ہوتی ہیں۔ مثال کے طور پر مریض بتاتا ہے کہ اس کو روشنائی کے ایک دھبے میں کیا دکھائی دے رہا ہے۔ وہ مبہم تصویروں [illegible] کہانیاں گڑھتا ہے، تصویروں کو مکمل کرتا یا ان کے خاکے بناتا ہے اور نامکمل جملوں کو مکمل کر[illegible] ہے۔ (چوتھے باب میں ہم نے ایک عصبیاتی مریض کے مکمل کیے ہوئے جملے پیش کیے تھے۔) ایک شخص کے لیے اپنے ان جوابی اعمال کو جھٹلانا آسان نہیں ہوتا، جو اس نے انظلالی آزمائشوں پر پیش کیے ہیں۔ اس لیے کہ وہ یہ نہیں جانتا کہ ان سے کیا نتائج اخذ کیے جائیں گے۔ انظلالی جوابی اعمال میں اس بات کا امکان کم ہوتا ہے کہ مریض اپنے آپ کو پسندیدہ صورت میں پیش کرنے کی دانستہ کوشش میں جوابات کو مسخ کر دے گا جب کہ مندرجات شخصیت میں اس کا امکان موجود ہوتا ہے۔ انظلالی آزمائشیں شخصیتی مندرجات کی بہ نسبت زیادہ نکتہ رس ہوتی ہیں۔ ان کے ابہام

اور باریکی کی وجہ سے شخصیت کی گہرائیوں یعنی تخیل کی پرواز، ذاتی رویّوں اور لاشعوری ترغیبوں کو ٹٹولا جاسکتا ہے۔ دوسری طرف اظلالی آزمائشوں کی صحت کا تعیّن ایک پیچیدہ اور مشکل مسئلہ بھی ہے۔ زیادہ تر ماہرین تعینات کا خیال ہے کہ متعیّن ساخت کی آزمائشوں اور اظلالی آزمائشوں دونوں کی اپنی اپنی خوبیاں بھی ہیں اور خامیاں بھی۔

سب سے وسیع پیمانے پر استعمال ہونے والی اظلالی آزمائش رورشا روشنائی دھبّہ جانچ ہے۔ جس کو سوئٹزرلینڈ کے ایک ماہر علاج نفسی، ہرمن رورشا نے ایجاد کیا تھا۔ اس میں فرد کو روشنائی کے دس دھبّے دکھائے جاتے ہیں (ایک کے بعد ایک) اور اس کو بتانا ہوتا ہے کہ وہ ہر دھبّے میں کیا دیکھ رہا ہے۔ اس آزمائش کے اسکور حاصل کرنے کے لیے دھبّوں کے ان حصّوں پر غور کیا جاتا ہے جو فرد نے اپنے جواب میں استعمال کیے ہیں۔ اس کے جوابی عمل کی صوری تشکیل کی موزونیت، اس کے بیان کردہ رنگ، دھبّوں میں گہرائی اور حرکات کا احساس، اس کے جوابوں کے اوصافی مواد، اس نے جو کچھ دیکھا اس کو بیان کرنے کے لیے استعمال ہونے والے الفاظ اور بہت سی دوسری خصوصیات پر توجہ دی جاتی ہے۔ جوابات کی تشریح ایک تربیت یافتہ کلینکی ماہر نفسیات ہی کر سکتا ہے۔

ایک اور آزمائش جو وسیع پیمانے پر استعمال کی جاتی ہے۔ (Thematic Apperception Test) یا مختصراً ٹی۔اے۔ٹی کہلاتی ہے۔ اس میں کئی تصویریں شامل ہوتی ہیں جن میں کچھ حقیقت پر مبنی ہوتی ہیں اور کچھ علامتی۔ مریض کو ان میں سے ہر تصویر کے بارے میں ایک کہانی سنانی ہوتی ہے۔ اس سے کہا جاتا ہے کہ وہ بتائے کہ تصویر میں جو کیفیت یا صورت حال دکھائی گئی ہے وہ کن حالات کے تحت پیدا ہوئی ہے، اس وقت کیا ہو رہا ہے، تصویر میں جو کردار ہیں وہ کیا محسوس کر رہے اور کیا سوچ رہے ہیں۔ کہانی کا انجام کیا ہوگا۔ ظاہر ہے کہ تصویریں خود کہانی کا معروضی مواد زیادہ مہیا نہیں کرتیں۔ کہانی کے تانے بانے بننے والے کو اپنے خیالات، تخیل، رویّوں، اقدار اور ترغیبوں کا سہارا لینا ہوتا ہے۔ رورشا۔ ٹی۔ اے۔ ٹی اور جملوں کو مکمل کرنے والی آزمائشیں الفاظی آزمائشیں ہیں۔ کچھ آزمائشیں غیر الفاظی بھی ہوتی ہیں۔ ان میں سے ایک فرینک اور روزن کا تیار کیا ہوا مردانگی، نسوانیت ٹسٹ بھی ہے۔ اس آزمائش میں سادہ نقشے بنے ہوئے ہوتے ہیں۔ جنھیں فرد کو مکمل کرنا ہوتا ہے۔ اس کے لیے کوئی قید نہیں ہے۔ وہ اپنی مرضی کے مطابق نقشے کو جیسی شکل چاہے دے سکتا ہے۔ مختلف لوگوں کے بنائے

مکمل کیے جانے والے نقشے مواد اور طرز کے اعتبار سے مختلف ہوتے ہیں یعنی نقشے کی طوالت وسعت، بندش اور اندرونی توسیع کے اعتبار سے مختلف لوگوں کے ذریعے مکمل کیے ہوئے نقشے ایک دوسرے سے مختلف ہوتے ہیں۔

دیگر آزمائشیں

حالیہ سالوں میں ان مریضوں کو ہسپتال سے خارج کر دینے کا رجحان بڑھا ہے جنھیں پہلے لاعلاج قرار دیا جاتا تھا۔ خارج کیے جانے سے پہلے انھیں ہسپتال سے باہر کے ماحول سے مطابقت کرنے کے لیے تعلیم یا پیشے سے تعلق رکھنے والی آزمائشوں اور عمومی راہنمائی کے ذریعے مدد دی جاتی ہے۔ اس سلسلے میں ہسپتالوں میں خصوصی صلاحیتوں اور اکتسابی اہلیت کی آزمائشوں کا استعمال وسیع پیمانے پر کیا جاتا ہے۔ سابقہ تعلیمی ریکارڈ سابقہ ملازمت یا پیشے کے متعلق معلومات اور انٹرویو سے حاصل ہونے والے مواد کو ان آزمائشوں کی تکمیل کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔

پیمائش کے جو مختلف ذرائع دستیاب ہیں، کلینکی ماہر کو ان میں سے موزوں ترین ذرائع کا انتخاب کرنا چاہیے۔ یہ انتخاب معتبری، صحت، معروضیت، وقت کے کم از کم استعمال، وسعت و گہرائی کے پیش نظر کیا جانا چاہیے۔ ساتھ ہی اس کا خیال رکھنا بھی ضروری ہے کہ منتخب شدہ آزمائش متعلقہ مسئلے کے لیے موزوں و مناسب ہو۔ اگر کسی آزمائش کے ذریعے مختلف اوقات میں مختلف نتائج حاصل ہوں اور نتائج کے فرق کا کوئی داخلی یا خارجی سبب موجود نہ ہو تو آزمائش ایسی ہی بیکار ہوگی جیسے الاسٹک کا بنا ہوا پیمانہ جو گھٹتا بڑھتا رہتا ہے۔

دوسرے یہ کہ آزمائش جتنی صحیح ہو اتنی ہی بہتر ہے۔ صحت کا مطلب ہے کہ آزمائش کو اسی وصف کی پیمائش کرنا چاہیے جس کی پیمائش کرنا اس کا مقصد ہے وہ کسی ایک مقصد کے لیے صحیح ہو سکتی ہے اور دوسرے کے لیے غیر صحیح۔ مثال کے طور پر انٹرویو اور بہت سی دوسری شخصیتی آزمائشیں یہ بتا سکتی ہیں کہ کسی مخصوص وقت میں ایک شخص کتنا مضمحل ہے لیکن کوئی بھی طریقہ یہ بتانے میں کامیاب نہیں ہوا ہے کہ مستقبل میں ایک شخص کے اضمحلال کے رفع ہونے کے امکانات کیا ہیں۔ اکثر آزمائشیں مرض کی وضاحت اور تشخیص جتنی صحیح طور پر کر سکتی ہیں، مرض کی مستقبل میں ہونے والی کیفیت کی نہیں کر سکتیں۔

تیسرے یہ کہ آزمائش کو بروئے کار لانے اور اس کے نتائج کی تشریح کرنے میں جتنی معروضیت برتی جائے گی اتنا ہی بہتر ہوگا۔ ذہانت کی آزمائشیں خاصی معروضی ہیں (ساتھ ہی ان میں اعلا درجہ کی صحت اور معتبری بھی موجود ہے۔) شخصیت کی متعین ساخت والی آزمائشیں بھی خاصی معروضی ہیں۔ انٹرویو، اظلالی آزمائشوں اور کردار کے مشاہدوں میں داخلی عنصر نسبتاً زیادہ ہے۔ ان کے ذریعے مواد اکٹھا کرنے اور اس کی تشریح کرنے کا انحصار کلینکی ماہر کی مہارت، نظریاتی جانبداری اور عقائد پر ہوتا ہے۔ چوتھے یہ کہ آزمائش کے طریقے میں وقت کی جتنی کفایت ہوگی وہ اتنا ہی بہتر ہوگا۔ بہت سی اظلالی آزمائشوں کے اسکور تلاش کرنے اور ان کی تشریح کرنے میں اتنا وقت صرف ہو جاتا ہے کہ دوسرے ضروری کاموں کے لیے وقت کی کمی ہو جاتی ہے۔

پانچویں وسعت اور گہرائی کے معیار کا مطلب یہ ہے کہ ایک آزمائشی طریقہ اسی وقت قابل قدر کہلائے گا جب وہ متعلقہ کردار کو سطحی طور پر ٹٹولنے کی بجائے اس کی گہرائیوں میں جا کر تفصیل کے ساتھ اس کی جانچ کرے۔ خواہ اس کی وجہ سے جزوی طور پر معتبری صحت، معروضیت اور وقت میں کفایت کے مطلوبہ خواص میں کچھ کمی کیوں نہ آ جائے۔ اچھی اظلالی آزمائشوں اور ماہرانہ انٹرویو کی کامیابی ان کی گرفت کے پھیلاؤ اور شخصیت کی گہرائی میں اتر کر اس کی چھان بین کرنے کی صلاحیت میں پوشیدہ ہے۔ بہت سے کلینکی ماہرین کا خیال ہے کہ اگر کسی مریض کی جانچ کے لیے صرف ایک گھنٹہ یا اس سے کم وقت دستیاب ہے تو بہتر ہوگا کہ انٹرویو کی مدت بڑھانے کی بجائے جانچ کے دوسرے طریق کار بھی شامل کیے جائیں اس لیے کہ ہر طریق کار کی اپنی الگ افادیت ہوتی ہے۔ اور آخری یہ کہ طریق کار کا انتخاب ہمیشہ آزمائش کے خصوصی مقصد کے تحت کیا جانا چاہیے۔ مثال کے طور پر یہ جاننے کے لیے کہ ایک عصباتی مریض کے لیے علاج نفسی موزوں ہوگا یا نہیں، روشا ٹسٹ کو استعمال کیا جا سکتا ہے۔ اس سے ترغیبوں، دفاعی تدبیروں، انا کی قوت اور دوسرے ضروری عوامل کا پتہ لگانے میں مدد ملتی ہے لیکن اگر مریض میں دماغ کے عضویاتی نقصان کا شبہ ہو تو اس کے لیے طبی جانچ اور ذہنی انحطاط کی آزمائشیں روشا ٹسٹ کی بہ نسبت زیادہ ضروری اور مناسب ہوں گی۔ معتبری، صحت، معروضیت اور وقت کے کم از کم استعمال کی بنیاد پر ہم آزمائشوں کا ایک ایسا معیاری مجموعہ متعین نہیں کر سکتے جس کو بلا تفریق ہر مریض پر استعمال کیا جا سکے۔

آزمائش سے حاصل ہونے والی معلومات کو مرتب کرنا بھی ایک اچھا خاصا مسئلہ ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ مختلف طریق کار متضاد نوعیت کی معلومات بہم پہنچاتے ہیں اس لیے ماہر نفسیات

کو یہ فیصلہ کرنا ہوتا ہے کہ وہ کن معلومات کو اہمیت دے اور کن معلومات کو نظر انداز کردے۔ جہاں آزمائش کی صحت کے معروضی اور تجرباتی ثبوت موجود نہ ہوں وہاں ماہر نفسیات کا سابقہ تجربہ ہی ان معلومات کو مرتب کرنے میں کام آتا ہے۔ داخلی ہم آہنگی کا معیار بھی اس سلسلے میں خاصی مدد دیتا ہے یہ فرض کیا جاتا ہے کہ ایک فرد میں سطحی تضاد کے باوجود داخلی ہم آہنگی موجود ہوتی ہے۔ مریض اپنی شخصیت کی ایک ایسی تصویر پیش کرنا چاہتا ہے جس میں ہم آہنگی موجود ہو۔ مثال کے طور پر ایک خصوصی کیس کو لیجیے۔ ایک مریض جس کی جانچ MMPI پر کی جاتی ہے اور نتائج ظاہر کرتے ہیں کہ اس کے انتشار نفس کے اسکور نارمل حدود میں ہی ہیں لیکن روشا یا ٹی۔ اے ٹی سے حاصل ہونے والے اسکوروں سے پتہ چلتا ہے کہ اس میں انتشار نفس کی کیفیت نمایاں طور پر موجود ہے۔ ضروری نہیں کہ ان دونوں میں سے کوئی ایک نتیجہ غلط ہو۔ ہم آہنگی کا معیار بتاتا ہے کہ مریض میں منتشر اور بے تکے خیالات موجود ہیں لیکن وہ ان سے انکار کرتا اور ان کے خلاف دماغی کوشش کے تحت ان سوالات کے جواب میں 'غلط' یا 'جھوٹ' کا انتخاب کرتا ہے جو بالواسطہ طور پر منتشر و شیزائڈ خیالات کی موجودگی کی طرف اشارہ کرتے ہیں۔ ایک طرف تو اس میں جنون کے میلانات ہیں اور دوسری طرف اس نے یہ بھی سیکھ رکھا ہے کہ دوسروں کے سامنے اپنے آپ کو نارمل صورت میں پیش کرے۔ اس طرح دونوں آزمائشوں کو یکجا کر کے مریض کے متعلق بہت کچھ جانا جاسکتا ہے۔ کسی ایک تنہا آزمائش سے اس کی مکمل تصویر سامنے نہیں آسکتی تھی اس لیے کہ شخصیت کی مختلف سطحوں کو ٹٹولنے سے پتہ لگتا ہے کہ ان مختلف سطحوں پر ہونے والے عمل کس طرح ایک دوسرے کے ساتھ تعامل کرتے ہیں۔

ایک بالتفصیل اور مربوط آزمائش میں عموماً نشوونما سے تعلق رکھنے والے عوامل اور علامات کی وہ پانچویں قسمیں شامل ہوتی ہیں جن کا ذکر پہلے ابواب میں آچکا ہے یعنی حس و ادراک، ذہانت و خیالات، تحریکوں اور الفاظی و حرکی کردار کے اختلال کی تمام صورتیں۔ گو ان کا اس ترتیب میں ہونا ضروری نہیں ہے۔ اس کے علاوہ مریض کا ظاہری حلیہ بھی بیان کیا جاتا ہے۔ جیسے جسم کی کیفیت، لباس، سکون یا تناؤ کی حالت، اضمحلال یا مادی کنارہ کشی کے رجحان، چہرے پر مسکراہٹ یا بے رنگ تاثرات وغیرہ وغیرہ۔ سب سے اہم عوامل میں اس کی انا اور فوق الانا کی قوت اس کی کشمکش، دفاعی تدابیر اور اس کی سوجھ بوجھ کا درجہ شامل ہیں۔ ان کی جانچ ازحد ضروری ہے۔

حسب ذیل مثال میں پیمائش کے کئی طریقے کارآمد ثابت ہوئے۔

مسز ایل ایک صاف ستھری اور روایتی لباس میں ملبوس تیس سالہ شادی شدہ خاتون تھیں۔ ان کے تین بچے بھی تھے۔ ان کو ان کے معالج نے نفسیاتی امراض کے خارجی مریض شعبے میں بھیجا۔ ان کو شدید اضمحلال، دردِ سر، بے خوابی اور کئی دوسری شکایتیں تھیں۔ ان کے معالج کا خیال تھا کہ یہ علامتیں تشویش کے سبب پیدا ہوئی تھیں۔ طبّی جانچ سے کوئی جسمانی مرض دریافت نہیں ہوا۔ مریضہ ذہین اور تعلیم یافتہ تھی اور بطور سکریٹری ملازم تھی۔ اس کے افسر اس کی کارگزاری سے خوش تھے۔

مسز ایل کے شوہر بیمار رہا کرتے تھے ان میں جنون کے رجحانات تھے اور دل کے پرانے مرض میں مبتلا تھے۔ وہ علاجِ نفسی کے لیے اسپتال میں داخل رہ چکے تھے۔ ان کے ناقابلِ عمل منصوبوں کی وجہ سے ان کے بال بچے پریشان رہتے تھے۔ جذباتی اور جسمانی عارضوں کی وجہ سے ان کے لیے کنبے کی کفالت کرنا بہت دشوار تھا۔ سوال یہ پیدا ہوتا ہے کہ مسز ایل کی نفسیاتی مشکلات کس حد تک ان پریشان کن حالات کا ردِ عمل تھیں اور کس حد تک ان شخصیتی مسائل پر مبنی تھیں جو ایک طویل مدت سے اثر انداز ہوتے چلے آرہے تھے۔ دوسرا سوال یہ تھا کہ ان کے ذاتی مسائل کی موجودگی میں علاجِ نفسی کس حد تک موثر ثابت ہو سکے گا اور اگر علاجِ نفسی شروع کیا گیا تو اس کے مقاصد کیا ہوں گے؟ ان سوالوں کے جواب حاصل کرنے کے لیے مسز ایل اور ان کے شوہر دونوں کا انٹرویو لیا گیا تو اس کے علاوہ مسز ایل کو روشا اور جملے مکمل کرنے والی آزمائشیں بھی دی گئیں۔

ان کے شوہر سے معلوم ہوا کہ ان کے والدین اپنے دو لڑکوں کو مسز ایل پر ترجیح دیتے تھے۔ ان کا خیال تھا کہ لڑکی کو لاڈ پیار میں خراب نہیں ہونا چاہیے اس لیے وہ برابر ان پر نکتہ چینی کرتے رہتے تھے۔ ہائی اسکول کے بعد انھوں نے مسز ایل کو کالج کی تعلیم کی اجازت بھی نہیں دی حالانکہ وہ خاصے پیسے والے تھے۔ اپنے جذباتی مسائل کے باوجود مسز ایل نے صحیح صحیح معلومات فراہم کیں۔

MMPI پر مسز ایل کے جوابات شدید عصباتی نوعیت کے تھے۔ اضمحلال، خوف اور اجبار جیسی خصوصیتوں پر ان کے اسکور بہت زیادہ تھے۔ ہسٹیریائی رجحانات، جسمانی امراض کا بے سبب اندیشہ، نسوانیت اور دروں سمتی کے اسکور بھی خاصے بلند تھے۔

روشاانسٹ میں ان کی بندوقیں، بھوکے بھیڑیے، آگ اور منہ کھولے ہوئے عفریت دکھائی دیے۔ یہ تمام جوابی اعمال گہری تشویش کو ظاہر کرتے ہیں۔ دوسروں کے تئیں ان کے ردیے بھی کچھ عجیب سے تھے۔ روشنائی کے دھبوں میں تمام مردانہ صورتیں ان کو مبہم مسخروں جیسی یا بے ڈھنگی نظر آئیں۔ نسوانی صورتیں ایک دوسرے سے آمادۂ پیکار دکھائی دیں۔ ان کا اپنی ذات کا تصور بھی بہت ہی ناقص تھا۔ روشاانسٹ سے اس کی تصدیق ہوئی۔ بڑھتے ہوئے خارجی اور داخلی دباؤ سے نبرد آزما ہونے میں ان کی دماغی قوتیں جواب دے رہی تھیں۔

جملوں کو مکمل کرنے والی آزمائش سے بھی خوف، تناؤ اور حوصلہ شکنی کا اظہار ہوا۔ مندرجہ ذیل جملے اس کی نشاندہی کرتے ہیں۔

جب میں جوان تھی .... تو مجھے کسی ساتھی کی ضرورت تھی جو نہیں ملا۔

مجھے وہ لوگ پسند ہیں .... جو میرے جذبات کو ٹھیس نہ پہنچائیں۔

مجھے کبھی بھی . . . . . . سکون حاصل نہ ہو سکا اور میں زندگی کا لطف نہ اٹھا سکی۔

مجھ سے کبھی کبھی یہ مشکل ہو جاتا ہے . . . . کہ دن کاٹ سکوں۔

انٹرویو کے دوران مسز ایل خوف زدہ اور تناؤ میں مبتلا معلوم ہوتی تھیں۔ وہ اپنے جذبات پر قابو رکھنے کی زبردست کوشش کر رہی تھیں پھر بھی کئی بار انھوں نے رونا شروع کر دیا لیکن جیسے جیسے انٹرویو آگے بڑھا ویسے ویسے وہ زیادہ کھل کر گفتگو کرنے لگیں اور ایسا کرنے میں انھیں خاصی راحت کا احساس ہوا۔

انھوں نے بتایا کہ وہ مذہبی خیالات کی خاتون ہیں۔ ان میں ایک مضبوط بلکہ سخت گیر فوق الانا کے وجود کی علامتیں پائی گئیں۔ انھوں نے بتایا کہ وہ ضرورت سے زیادہ حساس اور مضطرب رہتی ہیں۔ بچوں پر توجہ کوز نہیں رکھ پاتیں۔ شوہر کے تئیں دل میں مخاصمانہ جذبات رکھتی ہیں جن کی وجہ سے انھیں جرم کا احساس ہوتا ہے۔ انھیں اس کا خوف ہے کہ وہ پاگل بن یا موت سے ہمکنار ہو جائیں گی۔ دوسروں کے ساتھ کام کرنے سے گھبراتی ہیں۔ ان کی افسردگی زندگی کے ناسازگار حالات کی وجہ سے پیدا ہونے والا ردِ عمل معلوم ہوتی تھی۔ اس کی حیثیت مرکزی نہیں تھی۔ ان کی مرکزی خصوصیت تشویش تھی جس کی مختلف علامات ان کے اندر موجود تھیں۔ کبھی وہ سارے دن خوف و ہراس کی حالت میں مبتلا رہتی تھیں اور کبھی دن کے کسی حصے میں ان پر تشویش کا شدید حملہ ہوتا تھا۔

مسز ایل خود کو کمتر اور نااہل سمجھتی تھیں۔ ایک خواب جو انھیں بار بار آتا تھا، یہ تھا کہ وہ ایک

چھوٹی بچی ہیں جسے ماں باپ نے چھوڑ دیا ہے۔ ایک اور خواب میں وہ اکثر اپنے آپ کو والدین کو قتل کرتے ہوئے دیکھتی تھیں۔

انٹرویو کے دوران ان کا ایک اور بڑا مسئلہ ظاہر ہوا جو ردشانسٹ کی دریافتوں سے بھی مطابقت رکھتا تھا۔ یہ مسئلہ تھا جنس۔ ان کے لیے اپنی نسوانیت کو تسلیم کرنا بہت مشکل تھا۔ اس کے علاوہ وہ اس احساس کے ساتھ بھی ایک ناکام جنگ میں مصروف نظر آتی تھیں کہ جنس ایک بُری چیز ہے۔ ان کی ماں نے انھیں سکھلایا تھا کہ جنس ہی نہیں بلکہ جنس سے تعلق رکھنے والی ہر شے بُری ہے۔

جانچ مکمل ہو جانے پر ان کے متعلق کئی نتائج سامنے آئے۔ جانچ اور انٹرویو نے شدید مخلوط عصباتی اختلال کی نشاندہی کی۔ اس کے علاوہ ان میں اجبار اور اضمحلال کی ثانوی علامات بھی پائی گئیں۔ یہ شکایات ان کی زندگی کے حالات اور ان کی داخلی ذات، دونوں کے مشترک نتیجے میں پیدا ہوئی تھیں۔ ان کی خارجی دنیا کے حقائق علاج کے ذریعے تبدیل نہیں کیے جا سکتے تھے لیکن ان کی شخصیت اور کردار میں تبدیلیاں لائی جا سکتی تھیں۔

علاج نفسی ان کے لیے بلاشبہ موزوں تھا اس لیے کہ وہ ذہین تھیں؛ اپنے خیالات کا اظہار اچھی طرح کر سکتی تھیں اور دوسروں کے خیالات بخوبی سمجھتی تھیں۔ ان میں خاصی مستحکم انا اور سوجھ بوجھ موجود تھی۔ ان کے علاج کے لیے کئی مقاصد متعین کیے جا سکتے تھے۔ ان کو اس کی تربیت دی جا سکتی تھی کہ وہ اپنے آپ کو تسلیم کریں۔ ان کی پوشیدہ صلاحیتوں اور قوتوں کو ابھارا جا سکتا تھا جن کے وجود سے وہ منکر تھیں۔ اپنے آپ کو تسلیم کر لینے سے احساس گناہ تشویش اور احساس کمتری میں کمی آ سکتی ہے۔ اور اگر دفاعی تدبیروں پر کم زور دیا جائے تو دردِ سر میں بھی کمی آ سکتی ہے معالج نفسی کا خیال تھا کہ جب وہ معالج پر پورا بھروسہ کرنے لگیں گی تو اس وقت ان کے جنسی مسائل کو حل کرنے کی کوشش بھی کی جا سکے گی۔ اس کا یہ خیال صحیح ثابت ہوا۔ علاج کے دوران انھیں اپنے بچپن کے وہ محسوسات اور تجربے یاد آ گئے جو عرصہ ہوا ذہن سے نکل چکے تھے۔ ان کی خوابگاہ اپنے والدین کے کمرے سے ملی ہوئی تھی۔ اکثر جب وہ مواصلت ہوتے تھے تو ان کی آنکھ کھل جاتی تھی۔ اس سے ان کے اندر خوف اور کراہت کا احساس پیدا ہوتا تھا۔ اس کے بعد سے جنس ان کے لیے ہمیشہ بے چینی کا باعث بن گئی۔ چونکہ لڑکوں کو ان پر ترجیح دی جاتی تھی اس لیے والدین کی شفقت حاصل کرنے کے لیے وہ ہمیشہ جدوجہد کرتی رہتی تھیں۔ اس ذہنی کیفیت

اور مذکورہ جنسی تصورات نے ان میں والدین کے تئیں معاندانہ جذبات پیدا کردیے پھر یہ جذبات اپنے بچوں اور تمام افراد کے تئیں منتقل ہو گئے۔

پیمائش کے عمل نے ان مسائل کی جڑ تک پہنچنے اور علاج کو موثر بنانے میں بڑی مدد کی۔

اگلے باب میں علاج کے موضوع پر بحث کی گئی ہے۔ علاج ایک علم بھی ہے اور فن بھی۔ اس کی راہ کا تعین اور اس کے نتائج کی پیش گوئی اکثر مشکل ثابت ہوتی ہے۔ پیمائشی وسیلوں کی ایک اہم دین یہ بھی ہے کہ یہ علاج کے نتائج کی پیشین گوئی کرنے میں معاون ہوتے ہیں اور علاج کو زیادہ موثر بناتے ہیں۔

نواں باب

علاج Treatment

ہمارے معاشرے کی خصوصیت ہے کہ اس میں رنج مصیبت معاملات سے ناموزوں مطابقت اور بین ذاتی کشاکش کو پسند نہیں کیا جاتا۔ اس کے برعکس آرام، ذہنی سکون، ذاتی تخلیق اور دوسرے لوگوں کے ساتھ اچھے تعلقات کو خوش آئند قرار دیا جاتا ہے۔ علاج کا بنیادی مقصد بیمار، دکھی اور بیمار لوگوں کی مدد کرنا اور ان کی اور ان کے گرد و پیش کے لوگوں کی زندگی کو زیادہ ہموار اور آرام دہ بنانا ہے۔ علاج کردار کے متعلق معلومات حاصل کرنے کا ایک ذریعہ بھی ہے اس لیے کہ آج ہم جذباتی اختلال کی حرکیات کے متعلق جو کچھ بھی جانتے ہیں وہ فرائڈ اور دوسرے بڑے ماہرین علاج نفسی کے انکشافات کی بدولت ہی جانتے ہیں۔

ذہنی اختلال کے مریضوں کے علاج کے لیے تین وسیع نظریات ہمارے سامنے ہیں: جسمانی علاج، علاج نفسی، اور علاج بذریعہ اصلاح ماحول۔ جسمانی علاج میں دوائیں، برقی صدمے اور دماغ کا عمل جراحی شامل ہیں۔ ظاہر ہے کہ یہ طریقے تربیت یافتہ معالج کے ذریعے ہی استعمال کیے جانے چاہئیں۔ علاج نفسی، نفسیات کے اصولوں پر مبنی ہوتا ہے۔ معالج ماہر نفسی، ماہر نفسیات، یا کوئی دوسرا تربیت یافتہ پیشہ ور ہو سکتا ہے۔ ماحول کی اصلاح کے تحت کردار میں تبدیلیاں پیدا کرنے کے لیے مریض کی رہائش گاہ اور رہائشی حالات میں تبدیلیاں لائی جاتی ہیں۔ اس کے پیشے یا دوسری مصروفیتوں کے متعلق اس کو صلاح مشورہ دیا جاتا ہے یا ہسپتال میں ہی اس کے لیے ایسے انتظامات کیے جاتے ہیں کہ اس کے کردار کی اصلاح ہو سکے۔

علاج کے یہ تینوں نظریات مرض کے اسباب کی مختلف جہتوں سے تعلق رکھتے ہیں۔

دواؤں کے ذریعے کیا جانے والا علاج اعضائے جسمانی اور مرض سے حیاتیاتی طور پر نمٹتا ہے۔
علاج نفسی نفسیاتی عوامل میں اصلاح لانے کی کوشش کرتا ہے۔ اس کے تحت مریض کو پرانی
اور ناموزوں عادتوں (یعنی وہ عادتیں یا طرز عمل جو تطبیق میں کوئی مدد نہیں کرتے) کی جگہ نئے
اور مناسب جذباتی ردِّ عمل سیکھنے میں مدد دی جاتی ہے۔ ماحولی طریق علاج نفسیاتی اختلال کے
سماجی و تہذیبی عوامل پر قابو حاصل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔

یہ طریقۂ جسمانی علاج نفسی کے میدان میں حال ہی میں روشناس کرایا گیا ہے اور وسیع پیمانے
پر کیے جانے والے تجربوں پر مبنی ہے۔ ان میں سے زیادہ تر تجربے اٹکل پچو قسم کے تھے۔ اکثر
نظریاتی اعتبار سے بھی غلط تھے اور ان کی آزمائش بھی نامکمل ہی رہی تھی۔ تاہم ان کے نتیجے
میں کئی کارآمد طریق علاج سامنے آئے۔ یہاں ہم کچھ خاص خاص طریقوں پر نظر ڈالیں گے

علاج بذریعہ ادویہ

حالیہ سالوں میں طریق علاج میں ایک نمایاں ترقی طمانیت بخش دواؤں کا استعمال
ہے (یہ اصطلاح لفظ 'تاریکی' سے بنائی گئی ہے جس کا مطلب ہے "الجھن سے نجات")۔
ان کو خصوصی سکون آفریں دوائیں بھی کہا جاتا ہے۔ آج کل دماغی اسپتالوں میں یہ دوائیں
علاج کا بہت بڑا ذریعہ بن گئی ہیں۔ ان کے استعمال سے پہلے ہسپتال میں داخل ہونے
والے مریضوں کی تعداد میں ہر سال زبردست اضافہ ہو رہا تھا۔ ان دواؤں کی ایجاد کے بعد سے
ہسپتال میں قیام کی اوسط مدت میں اتنی تخفیف ہوئی کہ عمومی آبادی میں اضافہ ہونے کے
باوجود ہسپتال میں آنے والے مریضوں کی تعداد میں کمی آگئی۔

خصوصی مسکن ادویہ اختلال کی بہت سی علامتوں پر قابو پانے میں مدد کرتی ہیں اور
ذہانت و شعور پر برے اثرات بھی نہیں ڈالتی ہیں۔ یہ دوائیں تشویش، ہیجان، جارحانہ
کردار، فریب ادراک اور وسوسوں کو ختم کر دیتی ہیں۔ ان دواؤں کو استعمال کرنے والا
مریض مطیع اور معاون بن جاتا ہے۔ اس کو بندشوں میں رکھنے کی ضرورت نہیں ہوتی۔ علاج
نفسی کے لیے اس کے اندر زیادہ موزونیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ان دواؤں کی وجہ سے ہسپتال
کے بہت سے ایسے وارڈ کھول دیے گئے ہیں جن میں ہمیشہ تالے پڑے ہوئے ہوتے تھے
مریضوں کو نقل و حرکت کی جو آزادی ملتی ہے۔ اس کے اثرات بہت خوشگوار ہوتے ہیں۔

ان وارڈوں کا انتظام بھی نسبتاً آسان ہو گیا ہے اس لیے کہ مسکن ادویہ استعمال کرنے والے مریض دوسرے مریضوں میں ہیجان نہیں پیدا کرتے۔ اس کے نتیجے میں ہسپتال کی نرسیں اور محافظ کارکن بھی ان مریضوں کو پسند کرتے ہیں۔

یہ خصوصی طمانیت بخش ادویہ بنیادی طور پر انتشار نفس اور جنون جوش کے مریضوں پر آزمائی جاتی ہیں لیکن الکوحل کے شکار اور عمر رسیدہ مریضوں میں ہیجان پیدا ہو جائے تو اس پر قابو پانے میں بھی مدد کرتی ہیں۔

ان دواؤں میں پہلی دوا جو وسیع پیمانے پر استعمال کی گئی کلور پرومیزائن ہے۔ یہ دوائیں گولیوں کی صورت میں دن میں کئی بار دی جاتی ہیں۔ خوراک کا انحصار مریض پر ہوتا ہے ان کے استعمال کے دوران طبی نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے اس لیے کہ مریضوں کی خاصی بڑی تعداد پر ان کے کچھ غلط اثرات بھی ہو سکتے ہیں مثلاً غنودگی، منہ کا خشک ہو جانا، نگاہ کا دھندلا پن خون کے دباؤ میں کمی، یرقان، خون کے سفید ذروں کی ایک بیماری اور شدید عضلاتی تشنج وغیرہ۔ یہ دوائیں جو ردِ عمل پیدا کرتی ہیں ان میں زبردست انفرادی فرق پائے جاتے ہیں اس لیے ان کو پہلے ہر مریض پر مختصر مقدار میں آزمانا ضروری ہے۔ معالج فوائد اور عوارض پر غور کرتا ہے اور فیصلہ کرتا ہے کہ انھیں جاری رکھا جائے یا نہیں اور اگر جاری رکھا جائے تو مقدار خوراک کیا ہو۔

یہ دوائیں جذباتی اختلال کو ختم کرنے کی بجائے محض علامات کو دبا دیتی ہیں۔ انتشار نفس کے مریض میں تشویش، واہموں اور ہیجان کو دواؤں کے ذریعے ختم کیا جا سکتا ہے لیکن اس داخلی کش مکش، جذبات کے اختلال اور حقائق کی مسخ شدہ صورتیں اسی طرح رہتی ہیں تاہم تشویش کا دب جانا اور تشویش کے نتیجے میں پیدا ہونے والی علامات میں کمی بذات خود ایک بہت بڑا فائدہ ہے اس کی وجہ سے مریض اور اس کے آس پاس کے افراد کو زیادہ آرام نصیب ہوتا ہے۔ علاوہ ازیں ان دواؤں کی وجہ سے مریض ہسپتال اور ہسپتال کے لوگوں کے ساتھ زیادہ اچھے تعلقات قائم کر سکتا ہے۔ اس طرح سماجی عمل و ردِ عمل کی اصلاح خود بخود اس کی عام حالت کی اصلاح کا ذریعہ بن جاتی ہے۔

ہسپتال کے زیادہ تر عملے کا خیال ہے کہ یہ دوائیں بے حد کارآمد ہیں۔ یہ کس قسم کا جسمانی ردِ عمل پیدا کرتی ہیں ان کا صحیح اندازہ نہیں لگایا جا سکا ہے لیکن یہ معلوم ہے کہ

وہ قشرِ دماغ کے تحتی مراکز کو متاثر کرتی ہیں خصوصیت سے دماغ کے درمیانی حصے کی فعالیت کو بہت کم کر دیتی ہیں۔ غالباً اسی وجہ سے نظامِ عصبی کی خارجی دباؤ اور داخلی تحریک سے مطابقت پیدا کرنے کی قوت میں اضافہ ہو جاتا ہے۔

ان خصوصی سکون آفریں دواؤں کے علاوہ تین اور دوائیں ہیں جن کو معمولی سکون آفریں ادویہ کہا جاتا ہے۔ یہ معمولی سکون آفریں دوائیں جنون کی علامتوں پر کوئی اثر نہیں ڈالتیں لیکن عصباتی تشویش کو کم کرنے کے لیے انھیں وسیع پیمانے پر استعمال کیا جاتا ہے۔ حالانکہ یہ اپنی نوعیت کی خصوصی سکون آفریں دواؤں کے مقابلے میں کم ردِ عمل پیدا کرتی ہیں تاہم ان کی عادت پڑ جانے کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ اس بات کا ثبوت موجود نہیں ہے کہ یہ عام مسکن دواؤں سے زیادہ فائدہ مند ہیں تاہم یہ شعور کا دھندلاپن نہیں پیدا کرتیں اور نہ ہی ان کی طرح غنودگی طاری کرتی ہیں اس لیے بہت سی ایسی صورتیں ہیں جن میں دوسری دوسری مسکن ادویہ کارآمد ثابت نہیں ہوتیں اور یہ معمولی سکون آفریں دوائیں فائدہ پہنچاتی ہیں۔ ان میں سے کچھ عضلات پر اثر انداز ہوتی ہیں اور نظامِ اعصاب کی بجائے عضلات پر براہ راست اثر ڈال کر تناؤ کو کم کرتی ہیں۔ یہ ہسپتال میں قیام کرنے والے مریضوں کی بہ نسبت خارجی مریضوں پر زیادہ استعمال کی جاتی ہیں۔

پچھلے دس برسوں میں اضمحلال کو رفع کرنے کے لیے بہت سی دوائیں کارآمد ثابت ہوئی ہیں۔ بہت سی دوائیں مریض کے جسمانی افعال کو تیز کر دیتی ہیں۔ مثلاً وہ دل کی دھڑکن خون کے دباؤ اور اس سے تعلق رکھنے والے دوسرے افعال کو بڑھا دیتی ہیں۔ جب کہ کچھ دوائیں مرکزی نظامِ اعصاب پر براہِ راست اثر انداز ہوتی ہیں اور ان سے افعالِ جسمانی کی تبدیلیاں وابستہ نہیں ہوتیں۔ دافعِ اضمحلال دوائیں بے حسی اور سستی کو کم کرکے مریض میں بشاشت پیدا کرتی ہیں۔ تھکا ہوا مضمحل اور افسردہ مریض زیادہ چست اور پھرتیلا ہو جاتا ہے۔ زندگی کی حقیقتوں اور گرد و پیش کے افراد میں زیادہ دلچسپی لینے لگتا ہے۔ ان میں سے کچھ دوائیں شدید ضمنی اثرات پیدا کرتی ہیں بلکہ کچھ تو بے حسی رفع کرنے کے عمل میں تشویش اور ہیجان کو اس قدر بڑھا دیتی ہیں کہ انھیں ایسے امراض میں نہیں استعمال کیا جا سکتا جن میں ہیجان آمیز اضمحلال طاری ہوتا ہے۔ ان کے فوائد بھی اتنے واضح ہو کر سامنے نہیں آتے ہیں جتنے خصوصی سکون آفریں دواؤں کے فوائد۔

مسکن دوائیں

اس قبیل کی دوائیں براہِ راست قشرِ دماغ پر اثر انداز ہوتی ہیں ان کو خاصے طویل عرصے سے تشویش، بیش فعالیت اور بے خوابی کو دور کرنے کے لیے استعمال کیا جارہا ہے مریض ان کا عادی بن سکتا ہے۔ ان کی بڑی مقدار غیر ضروری اضمحلال پیدا کرتی ہے۔ تاہم طبی نگرانی میں دیے جانے پر یہ دوائیں مرض کی علامتوں کی شدت کم کرنے کے لیے خاصی مفید ثابت ہوتی ہیں۔

برقی صدمے کے ذریعے علاج

مذکورہ بالا طمانیت بخش اور دافع اضمحلال دواؤں کی ایجاد سے پہلے برقی صدمے کا استعمال تقریباً دوگنا زیادہ تھا۔ حالیہ سالوں میں جسمانی علاج کے طریقوں میں اس کو دوسرا نمبر دیا جاسکتا ہے۔ اضمحلال اور رجعتی مالیخولیا میں یہ خصوصیت سے فائدہ مند ثابت ہوتا ہے۔ ضبط کے لیے یہ کچھ حد تک اور انتشار نفس کے لیے کبھی کبھی فائدہ مند ہوتا ہے۔ یہ ان مریضوں کے لیے بھی سود مند ہے جن پر دوائیں کارگر نہ ہو رہی ہوں یا دواؤں سے شدید قسم کے ردِ عمل پیدا ہو جاتے ہوں (حالانکہ اکثر برقی صدمے کو دوائیں آزمانے سے پہلے استعمال کر لیا جاتا ہے)

برقی صدمے کے استعمال سے پہلے تشنجی دورے پیدا کرنے کے کچھ اور طریقے بھی استعمال کیے جاتے تھے۔ ان کو سب سے پہلے سنہ ۱۹۳۳ء میں ہنگری کے ایک ماہر علاج میڈونا نے شروع کیا تھا۔ اس نے یہ محسوس کیا کہ صرع کے دورے عام آبادی کی بہ نسبت انتشار نفس کے مریضوں میں بہت کم ہوتے ہیں اس لیے صرع اور انتشار نفس کے درمیان ایک منفی حیاتیاتی ربط پایا جاتا ہے اور اگر دانستہ طور پر اس قسم کے دورے انتشار نفس کے مریضوں میں پیدا کیے جائیں تو ان کا علاج کیا جاسکے گا۔ پہلے اس نے کافور کو تیل میں حل کر کے اسے انجکشن کے ذریعے تشنجی دورے پیدا کیے لیکن بعد میں اس کی جگہ میٹرازال نام کی دوا استعمال کی جانے لگی۔ اس کا انجکشن دینے پر مریض کے عضلات میں شدید سختی کے ساتھ بے ہوشی طاری ہو جاتی تھی اور اس کے فوراً بعد ایک شدید تشنجی دورہ پڑتا تھا جو تقریباً

ایک منٹ تک رہتا تھا۔ دورے کے بعد مریض کو الجھن، ابہام اور اکثر شدید خوف و تشویش کا احساس ہوتا تھا۔ علاج کا ایک پورا کورس ۔اسے ۲۰ دوروں پر مشتمل ہوتا تھا۔

کئی وجوہ کی بنا پر اس دوا کا استعمال چند سالوں کے اندر ہی بند کر دیا ہے۔ تشنجی دورے اس قدر شدید ہوتے تھے کہ اکثر مریضوں کی ہڈیاں ٹوٹنے کی نوبت آجاتی تھی۔ انجکشن دینے اور بے ہوش ہونے کے درمیانی لمحے میں مریض کو شدید اذیت کا احساس ہوتا تھا۔ اس کے علاوہ ہر مریض کے لیے دوا کی کم از کم مقدار کا تعین مشکل تھا۔ میٹرازول کی جگہ جلد ہی برقی صدماتی علاج نے لے لی۔ اس کو اٹلی میں بنی اور سرلیٹی نے روشناس کرایا۔

عام طور پر برقی صدمہ دینے کے دوران مریض کو پشت کے بل لٹا دیا جاتا ہے۔ اس کے دانتوں کے درمیان ابر کا ٹکڑا ادے دیا ہے تاکہ تشنج کے دوران دانتوں سے زبان کو نقصان نہ پہنچ سکے۔ برقی تاروں کو کنپٹیوں سے منسلک کر دیا جاتا ہے اور ستر سے دو سو وواٹ کی برقی رو، نصف سیکنڈ یا اس سے بھی کم وقت کے لیے قشر دماغ سے گزاری جاتی ہے۔ کیوں کہ برقی رو کی رفتار عصبی تحریک کی رفتار سے زیادہ ہوتی ہے اس لیے کسی تکلیف کے احساس سے قبل ہی مریض بے ہوش ہو جاتا ہے بے ہوشی کے ساتھ جسم کو ایک شدید جھٹکا لگتا ہے اور کبھی کبھی مریض چیخ پڑتا ہے۔ اس کے بعد وہ تقریباً دس سیکنڈ تک بالکل بے حس پڑا رہتا ہے اس کا جسم سخت ہو جاتا ہے۔ اس کے بعد تقریباً نصف منٹ کا وقفہ ہوتا ہے جس میں مریض کے عضلات میں تشنج پیدا ہوتا ہے اور ہاتھوں و پیروں میں جھٹکے لگتے ہیں۔ اس کے بعد مریض خاموش ہو جاتا ہے اور تقریباً نصف گھنٹے تک بے ہوش رہتا ہے۔ ہوش میں آنے کے بعد ایک مختصر سی مدت تک وہ غنودگی، ابہام اور بے خبری کے عالم میں رہتا ہے۔ کچھ مریضوں میں اس وقفے میں ہیجان اور لڑنے بھڑنے کی خواہش پیدا ہوتی ہے۔

ان دوروں کے درمیان ہڈی پر ضرب آنے کا بھی امکان ہوتا ہے۔ لیکن برقی صدمے سے پہلے مسکن ادویہ کا استعمال عضلات کے تشنج کی شدت کو کم کر دیتا ہے جس سے ہڈی ٹوٹنے کے واقعات بہت کم ہوتے ہیں۔ جن مریضوں کو دل کی شکایت ہوتی ہے۔ ان پر یہ علاج انتہائی ہوشیاری اور احتیاط کے ساتھ آزمایا جانا چاہیے اس لیے کہ یہ ان کے لیے انتہائی شدید اور اضطراب انگیز ثابت ہو سکتا ہے۔

برقی صدمے کا معیاری کورس ہفتے میں تین صدموں کا ہوتا ہے۔ رجعتی مالیخولیا اور

جنون جوش واضمحلال میں عموماً چھ صدموں کے بعد ڈراماتی طور پر فائدہ ہونے لگتا ہے لیکن اس فائدے کو تادیر قائم رکھنے کے لیے عام طور پر دس یا بارہ صدموں کی ضرورت ہوتی ہے۔ طمانیت بخش دواؤں کی ایجاد سے پہلے مریضوں کو عموماً پچاس صدمے تک دیے جاتے تھے۔ عصباتی مریضوں میں عموماً ایک صدمے کے بعد ہی نمایاں اصلاح نظر آنے لگتی ہے۔ غالباً ایما پذیری کی بدولت ایسا ہوتا ہے لیکن جلد ہی ان کا مرض دوبارہ عود کر آتا ہے۔ عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ برقی صدموں کے ذریعے عصبی اختلال کا علاج کرنا مناسب نہیں ہے الاّ عصباتی اضمحلال کی صورتوں کے۔ برقی صدمہ اضمحلال کی علامات کو کم کر سکتا ہے اور کبھی کبھی کئی عضویاتی مریضوں میں اضمحلال کا عنصر ختم ہی کر دیتا ہے حالانکہ یہ عضویاتی مرض کو ختم نہیں کر سکتا۔

برقی صدمے کے تئیں مریضوں میں مختلف ردعمل پائے جاتے ہیں کچھ تو اس کی طرف سے بے پروا ہوتے ہیں بلکہ اس توجہ سے لطف اندوز ہوتے ہیں جو ان کو اس کی وجہ سے حاصل ہوتی ہے اور کچھ اس علاج کو اپنے گناہوں کی سزا سمجھ کر اس سے مسوکی نوعیت کی مسرت حاصل کرتے ہیں لیکن زیادہ تر افراد اس کو شبہے اور خوف کی نظر سے دیکھتے ہیں۔ حالانکہ اس میں تکلیف نہیں ہوتی ہے (پھر بھی اوسطاً برقی صدمے کا علاج میٹرازول اور انسولین کو علاج کے مقابلے میں کم خوف بیدار کرتا ہے۔) ہر دماغی اسپتال کی اپنی ایک تہذیب اور ایک پیچیدہ سماجی ڈھانچہ ہوتا ہے۔ اکثر ہوتا یہ ہے کہ پرانے مریض نئے آنے والوں کے ذہن کو برقی علاج کے فرضی خطروں سے آگاہ کر کے خوف زدہ کر دیتے ہیں۔ بہر حال مریض کے ردعمل سے اس بات میں کوئی فرق نہیں پڑتا کہ برقی علاج سے اس کو فائدہ پہنچے گا یا نہیں۔

برقی صدموں کے اثرات عارضی بھی ہوتے ہیں اور طویل مدتی بھی۔ مختصر مدتی اثرات کے تحت مانیائی مریض زیادہ خاموش طبع ہو جاتے ہیں اور مضمحل مریض خوش وخرم نظر آنے لگتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ان میں نمایاں تبدیلیاں آتی ہیں جن میں ان کی بہتری مضمر ہوتی ہے۔ علاج کے بعد زیادہ تر مریض ان واقعات کو بھول جاتے ہیں جو علاج سے فوری پہلے رونما ہوئے تھے لیکن وقت کے ساتھ نسیان کی یہ کیفیت رفع ہونے لگتی ہے۔ تاہم مسلسل علاج کے بعد کچھ مریض سابقہ واقعات کے خاصے بڑے حصے کو بھول جاتے ہیں۔ ان کا نسیان علاج ختم ہو جانے کے بعد بھی خاصی طویل مدت تک برقرار رہتا ہے۔ مریض کی عمر کا اس میں کافی بڑا ہاتھ ہوتا ہے۔ معمر مریضوں میں دو تین صدموں کے بعد ہی حافظے کی کمزوری اور ابہام ظاہر ہونے لگتے ہیں جبکہ

نوجوان مریضوں میں تقریباً بیس صدموں کے بعد بھی نسیان نہیں پایا جاتا۔ علاج کے درمیانی وقفوں کا بھی اس سے تعلق ہے صدمے جتنی جلدی جلدی دیے جائیں گے نسیان کے امکانات اتنے ہی زیادہ ہوں گے۔ کیمرون کی رپورٹ کے مطابق انتشار نفس کے مریض جن کا علاج برقی صدموں کے ذریعے کیا گیا تھا' ماضی میں رونما ہونے والے نارمل کردار کی بہ نسبت ابنارمل کردار کو زیادہ بھول جایا کرتے تھے۔ انھوں نے یہ بھی بتایا کہ یادداشت کی ان دونوں قسموں (یعنی نارمل اور ابنارمل کردار یا واقعات کی یادداشت) کے درمیان فرق جتنا ہوگا' صحت یابی اسی قدر دیرپا ہوگی اس فرضیے کا یہ مطلب نکلتا ہے کہ برقی علاج اس لیے فائدہ مند ہے کہ اس کی وجہ سے مریض کو تطبیقی کردار کو ذہن میں محفوظ رکھنے اور غیر تطبیقی کردار کو بھلا دینے میں مدد ملتی ہے۔

جذباتی اختلال کے علاج میں برقی صدمے کی مجموعی اثر انگیزی کے ثبوت بہت واضح اور متاثر کن ہیں۔ یہ جنون جوش و اضمحلال اور رجعتی مالیخولیا کے نوے فی صدی مریضوں میں فوری اور ڈرامائی طور سے مفید ثابت ہوتا ہے۔ مانیا کے مریضوں میں بھی صحت یابی کی توقع تقریباً اتنی ہی ہے۔ تاہم یہ اعداد و شمار مرض میں کمی سے تعلق رکھتے ہیں' مکمل صحت یابی سے نہیں جس کو تمام علامات کے دور ہو جانے سے تعبیر کیا جا سکتا ہے۔ علاج کی اثر انگیزی پر کی جانے والی تحقیق میں مختلف اقسام کے نتائج کو ایک دوسرے سے ممیز کرنے میں مدد ملتی ہے۔ یہ اقسام ہیں۔ مکمل صحت یابی یعنی تمام علامات کا دور ہو جانا' بہتری یا سماجی صحت یابی یعنی علامات کا جزوی طور پر دور ہونا تاکہ مریض نارمل سماجی رابطے قائم کر سکے' علامات کا جوں کا توں باقی رہنا اور حالات کا بد سے بدتر ہو جانا۔ کچھ مطالعوں میں بہتری کو نمایاں اور معمولی دو درجوں میں تقسیم کر دیا جاتا ہے خیال رہے کہ یہ ضروری نہیں ہے کہ مکمل صحت یابی کو بھی مرض سے مستقل نجات سمجھا جائے۔ اس لیے کہ یہ اصطلاح اس صورت کے لیے استعمال ہوتی ہے جب علامات سے تقریباً پانچ سال کی مدت کے لیے بالکل چھٹکارا حاصل ہو جائے چونکہ مریضوں پر مابعد علاج جو مطالعہ ہوتا ہے وہ عموماً اتنی طویل مدت تک جاری نہیں رہ پاتا اس لیے یہ کہنا مشکل ہو جاتا ہے کہ واقعی مرض کی بیخ کنی ہو گئی ہے یا نہیں۔

برقی علاج یا علاج کے دوسرے طریقے کسی مریض کو فائدہ پہنچا سکیں گے یا نہیں اس کا انحصار مرض کی نوعیت کے علاوہ کچھ دوسرے عوامل پر بھی ہوتا ہے۔ شفایابی کا امکان حسب ذیل صورتوں میں بڑھ جاتا ہے۔

۱۔ اختلال حال ہی میں پیدا ہوا ہو اور اس میں تیزی سے اضافہ ہوا ہو۔

۲۔ مرض کی ابتدا سے پہلے مریض کی شخصیت میں پائیداری رہی ہو۔

۳۔ مریض میں تشویش کو قبول کرنے اور اس سے سمجھوتہ کرنے کا رجحان نہ ہو۔

۴۔ مرض کے نمودار ہونے میں خارجی دباؤ کا ہاتھ زیادہ ہو اور داخلی عوامل نسبتاً کم اہم ہوں۔

برقی علاج کے کچھ منفی پہلو بھی ہیں۔ احتیاط کے باوجود ہڈیوں کا معزوب ہو جانا یا جگہ سے کھسک جانا (خصوصیت سے فربہ اندام نوجوان مریضوں میں) عام ہے۔ ویسے موت تقریباً پانچ ہزار افراد میں ایک کی واقع ہوتی دیکھی گئی ہے۔ بندروں، کتوں، چوہوں اور بلیوں پر ہونے والے تجربوں سے واضح ہوا ہے کہ اس علاج کے طویل سلسلے سے دماغ کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ انسانوں میں دماغ کو کوئی نقصان ہوتا نہیں پایا گیا ہے لیکن بعض مریضوں میں طویل مدتی نسیان سے اندازہ ہوتا ہے کہ نقصان پہنچنے کے امکانات موجود ہیں۔ برقی صدمہ مریض کی بنیادی شخصیت کو تبدیل نہیں کر سکتا۔ نہ ہی یہ مرض کو دوبارہ عود کر آنے کے امکانات اس سے بڑھ جاتے ہیں۔

ان منفی پہلوؤں اور خامیوں اور برقی صدمے کے خوف کی وجہ سے یہ چنداں تعجب خیز امر نہیں ہے کہ کچھ ماہرین اور عوام برقی صدماتی علاج پر اعتماد نہیں کرتے۔ خصوصیت سے ماہرین تحلیل نفسی کا خیال ہے کہ یہ اور دوسرے طریق کار وحشیانہ اور سادیت پسند ہیں۔ جسمانی علاج کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ بجائے مریض کی علامات کو سمجھنے اور اسے اپنے اندر تغیر پیدا کرنے کا موقع دینے کی بجائے علامات کا سرے سے قلع قمع کر دینے کی ایک اضطراری کوشش ہے تاہم یہ حقیقت معروضی طور پر ثابت ہو چکی ہے کہ جسمانی علاج کے کچھ طریقوں سے علامات کم ہو جاتی ہیں اور مریض کو سکون و آرام ملتا ہے۔ ان معروضی حقائق کے سامنے اس طرح کی تنقید میں کوئی وزن نہیں رہ جاتا۔ علاوہ ازیں علامات اور بے چینی میں کمی کبھی کبھی شخصیت کی گہرائیوں میں تبدیلی کا سبب بن جاتی ہے۔ یہ تبدیلی اسی قدر پُراثر ہوتی ہے جتنا علاج نفسی بذات خود ہو سکتا ہے۔

برقی صدمے کے اثر انگیز ہونے کے اسباب واضح نہیں ہو سکے ہیں حالانکہ اس سلسلے میں جسمانی و نفسیاتی دونوں وضاحتیں پیش کی گئی ہیں۔ کچھ نظریاتی ماہرین کا کہنا ہے کہ بعض

کو اس میں جو توجہ ملتی ہے یا اس کے ذریعے پیدا ہونے والے نسیان یا بے ہوشی کے مختصر وقفوں کے درمیان ملنے والا آرام' یا مریض کا اس صدمے کو موت سمجھنا اور اسے اپنے گناہوں کی سزا قرار دینا' اس علاج کا اہم نفسیاتی پہلو ہے۔ لیکن ان میں سے کوئی بھی توجیہ موزوں نہیں معلوم ہوتی۔ توجہ اگر برقی صدمے کے بغیر دی جائے تو کارگر نہیں ہوتی بلکہ مریض بغیر نسیان کے صحت یاب ہو جاتے ہیں' بے ہوشی کو اگر بغیر برقی رو کے کسی اور ذریعے سے پیدا کیا جائے تو وہ بھی بیکار ثابت ہوتی ہے اور یہ یقین کرنے کا کوئی جواز موجود نہیں ہے کہ مریض برقی صدمے کو موت سے تعبیر کیا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ان میں سے کوئی مفروضہ اس کی وضاحت نہیں کرتا ہے، دوسرے مریضوں کی بہ نسبت مالیخولیا اور اضمحلال کے مریض اس علاج کا اثر زیادہ کیوں قبول کرتے ہیں۔

کچھ جسمانی وضاحتیں بھی اسی طرح ناقابل قبول ہیں۔ صرف ایک جسمانی نظریہ جو قیاس آرائی پر مبنی ہے لیکن قرین عقل معلوم ہوتا ہے' یہ ہے کہ برقی رو ایک حیاتیاتی دباؤ کا ذریعہ بن جاتی ہے جو دماغ کو ایک دفاعی کیمیائی مادے کی تحریک کے لیے مشتعل کر دیتا ہے۔ یہ مادہ اگر برقی رو کے علاج کے ختم ہو جانے پر بھی برقرار رہ جائے تو اس کی وجہ سے نظام اعصاب میں خارجی اور داخلی دباؤ سے مدافعت کی قوت میں عارضی اضافہ ہو سکتا ہے جب یہ مادہ ختم ہو جاتا ہے تو مرض واپس لوٹ آتا ہے۔ تاہم اس بات کو نہیں بھولنا چاہیے کہ یہ وضاحت قیاس آرائی پر مبنی ہے۔

انسولین کے ذریعے طاری کیا جانے والا سکتہ

یہ طریق علاج پولینڈ کے ایک ماہر علاج نفس مین فریڈ سیکل نے ویانا میں برقی صدمے کی ایجاد سے کئی سال پہلے ۱۹۳۲ء میں ایجاد کیا تھا۔ اس طریق علاج میں کافی وقت لگ جاتا ہے اور یہ خطرناک بھی ہے۔ مسکن ادویہ کی ایجاد کے بعد سے اس کا استعمال بہت کم ہو گیا ہے تاہم انتشار نفس کے مریضوں کے لیے بہت کارآمد ثابت ہوتا ہے خصوصیت سے ان مریضوں کے لیے جو دواؤں سے استفادہ نہیں کر سکتے۔

انسولین کی زیادتی خون میں شکر کی مقدار کو کم کر دیتی ہے اس کیفیت کو ہائپوگلائیکیمیا (Hypoglycaemia) کہا جاتا ہے۔ مریض کو انسولین کی بڑی مقدار کا انجکشن دیا جاتا

ہے۔ انجکشن کے تقریباً ایک گھنٹہ بعد مریض کو کمزوری بھوک اور غنودگی کا احساس ہوتا ہے اور بڑی مقدار میں پسینہ خارج ہونے لگتا ہے۔ اس کے بعد وہ بے ہوش ہو جاتا ہے اور اس میں جسمانی صدمے کی علامات مثلاً کپکپی اور تشنج پیدا ہوتی ہیں۔ پھر اس پر سکتہ طاری ہو جاتا ہے۔ اس کیفیت میں اگر اسے پن چبھوئی جائے یا کوئی اور تکلیف دہ تحریک دی جائے تو اس کا کوئی ردِعمل نہیں ہوتا۔ سکتے کی کیفیت کے تقریباً ایک گھنٹے بعد مریض کے خون میں شکر کی سطح پھر بڑھنا شروع ہو جاتی ہے اور اس کو ایک نلکی کے ذریعے سنترے کا رس دے کر بیدار کیا جاتا ہے۔ انجکشن دینے کے وقت سے لے کر علاج ختم ہونے تک تقریباً چار یا پانچ گھنٹے لگ جاتے ہیں۔ انجکشن کا یہ سلسلہ پچاس سے ساٹھ بار تک چلتا ہے اور اس کو ہفتے میں پانچ یا چھ مرتبہ دیا جاتا ہے۔ ہر مریض کی قوت برداشت کا اندازہ کرنے کے لیے پہلے اس کے جسم میں انسولین کی مختصر مقدار داخل کی جاتی ہے اس کے بعد ہر روز اُسے تیزی کے ساتھ بڑھایا جاتا ہے یہاں تک کہ ایک گہرے سکتے کی کیفیت پیدا ہو جاتی ہے۔ اس علاج کی ایک اور صورت بھی ہوتی ہے جس میں انسولین کی صرف اتنی ہی مقدار جسم میں داخل کی جاتی ہے جس کے تحت مریض کے جسم کا ردِعمل سکتے سے ذرا پہلے رک جائے۔ اس طریقے کو تحتی صدمہ کہا جاتا ہے۔ اس کا استعمال تشویش اور ہیجان کے مریضوں پر کیا جاتا ہے لیکن انتشار نفس کے مریضوں کو اس سے کوئی خاص فائدہ نہیں پہنچتا۔

انسولین کے علاج کے بعد انتشار نفس کے مریض میں عارضی نسیان پیدا ہوتا ہے لیکن اس کی ہوشمندی بڑھ جاتی ہے اور ماحول سے کنارہ کشی کے رجحان میں کمی آتی ہے۔ وسیع پیمانے پر کیے گئے ایک تحقیقی مطالعے کے بعد میلر برگ نے دریافت کیا کہ اس علاج سے انتشار نفس کے تیرہ فی صد مریض صحت یاب ہوئے اور تقریباً چوّن فی صد میں افاقے کی صورت پیدا ہوئی۔ کنٹرول گروپ کے مریضوں میں (یعنی جن پر یہ علاج نہیں آزمایا گیا تھا) ساڑھے تین فی صد صحت یاب ہوئے اور انیس فی صد کو معمولی افاقہ ہوا۔ جسمانی علاج کے ایک جائزے کے بعد کیلی نوسکی اور ہوش نے بتایا کہ انسولین کے علاج کے بعد زیادہ سے زیادہ چالیس سے پچاس فی صد مریضوں کی صحت یابی کی امید کی جا سکتی ہے اور یہ شرح خاصی کم ہے۔ کچھ اور ماہرین نے بھی اس کی افادیت کو زیادہ اہمیت نہیں دی ہے۔

اس علاج میں قلب اور نظام اعصاب پر جو دباؤ پڑتا ہے وہ برقی صدمے کے مقابلے

میں کہیں زیادہ ہوتا ہے اس لیے اس علاج کو پندرہ سے پینتالیس سال کے تندرست افراد پر ہی آزمایا جاتا ہے۔ اسے ان مریضوں پر نہیں آزمایا جاتا جنھیں قلب کی کوئی بیماری ہو یا بیش تناؤ (Hyper Tension)، تپ دق، ذیابیطس یا سانس کی کوئی پرانی شکایت ہو۔ اس علاج کے مہلک نتائج ایک فی صد سے بھی کم ہیں۔ انسولین ایک ایسا طریق علاج ہے جسے خطرے کے احتمال کا پورا اندازہ کرنے کے بعد صرف ان افراد پر آزمایا جاتا ہے جو شدید طور پر بیمار ہوں اور جن کے سامنے علاج کے کم تکلیف دہ طریقے ناکام ہو چکے ہوں۔ برقی صدمے کی طرح ہی یہ طریقہ بھی مریض کی شخصیت کے بنیادی ڈھانچے کو تبدیل نہیں کر سکتا۔ اس کے متعلق ابھی تک نہیں معلوم ہو سکا ہے کہ کچھ مریضوں میں اس کی افادیت کا سبب کیا ہے۔

نفسی عمل جراحی PSYCHOSUSGERY

یہ بھی علاج کا ایک ایسا طریقہ ہے جو کچھ دہائیوں پہلے وسیع پیمانے پر استعمال کیا جاتا تھا لیکن خصوصی سکون آفریں اور طمانیت بخش دواؤں کی ایجاد کے بعد سے کم کر دیا گیا ہے۔ اب اس کو اسی وقت استعمال کیا جاتا ہے جب دوسرے تمام طریقے ناکام ہو جائیں بلکہ اس وقت بھی اس کا استعمال بلا تامل نہیں کیا جاتا۔ اس علاج کی تاریخ بہت پرانی ہے۔ ہزاروں سال پہلے اس استعمال کا سلسلہ سر میں سوراخ کرنے کی صورت میں کیا جاتا تھا۔ کافی عرصے بعد قرونِ وسطیٰ میں روم میں یہ دیکھا گیا کہ دماغ پر تلوار کی ضرب لگنے کی صورت میں اکثر کردار کے اختلال میں افاقہ ہو جاتا تھا۔ اسی لیے مجنون افراد کے سر میں سوراخ کیے جاتے تھے۔ لیکن اس وقت لوگوں کا خیال یہ تھا کہ اس طرح اس میں سے خبیث ارواح نکل جاتی ہیں۔ ۱۸۸۶ء میں ایک دلندیزی ماہر علاج نفسی برخارٹ نے اپنے یہاں ایک عورت کا آپریشن کیا۔ جو جنون کی انتہائی کیفیت میں مبتلا تھی۔ اس کا خیال تھا کہ اس عورت میں قشر دماغ کی ایک مرکوز بیماری کی وجہ سے فریب ادراک پیدا ہو رہے تھے کئی کئی ہفتوں کے وقفے سے اس عورت پر چار عمل جراحی کیے گئے اور اس کے قشر کی بافتوں کا کچھ حصہ کاٹ کر نکال دیا گیا۔ اس عورت کی حالت خاصی بہتر ہو گئی۔ لیکن مزید پانچ مریضوں پر کیے جانے والے عمل جراحی کا کوئی خاص نتیجہ برآمد نہیں ہو سکا۔ پہلے آپریشن کی کامیابی کے بعد برخارٹ نے لکھا "کچھ لوگوں کا خیال ہے کہ مریض کو زخمی نہیں کرنا چاہیے لیکن کچھ لوگ سوچتے ہیں کہ مریض کو بغیر کسی علاج کے چھوڑ دینے سے بہتر ہے کہ مشکوک

علاج ہی کیا جائے۔ ظاہر ہے کہ میں اس دوسرے مکتب خیال سے تعلق رکھتا ہوں۔

آج کل نفسی عمل جراحی کو ہیجانی اضمحلال کے انتشار نفس سے تعلق رکھنے والے ردِّ عمل اور شدید نوعیت کے اجباری ردِّ عمل کے لیے استعمال کیا جاتا ہے۔ اس سے کینسر کی بعض صورتوں میں درد کی شدت کو کم کرنے میں بھی مدد ملتی ہے۔ نفسی عمل جراحی کو غیر ذمہ دار اور اضطراری حرکتیں کرنے والوں پر استعمال نہیں کرنا چاہیے۔ اس لیے کہ اس سے ان کے مزید غیر ذمہ دار ہو جانے کا احتمال ہے۔

اس عمل جراحی کے لیے بہت سی خصوصی تکنیکیں ایجاد کی گئی ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ استعمال ہونے والے طریق کار میں لختۂ دماغ کو قطع کر دیا جاتا ہے جس سے وسط دماغ کا ایک حصہ جسے تھیلمس کہا جاتا ہے اور دماغ کے سامنے کے لختے کے درمیانی عصبی راستے بند ہو جاتے ہیں۔ یہ آپریشن مقامی بے حسی کے زیر اثر بغیر کسی تکلیف کے کیا جا سکتا ہے۔ اس کے علاوہ کچھ دوسرے طریق کار بھی ہیں۔ مثلاً ایک اور طریقے کے تحت سامنے کے لختۂ دماغ کے کچھ حصوں کو نکال دیا جاتا ہے اور ایک تیسرے طریقے کے تحت برقی سوئی کے ذریعے تھیلمس کے عصبی راستوں کو بند کر دیا جاتا ہے۔

عمل جراحی کے فوراً بعد مریض شدید الجھن اور ابہام محسوس کرتا ہے لیکن چند دن بعد اس کی یہ کیفیت دور ہو جاتی ہے۔ ہر تین میں سے ایک مریض میں نمایاں افاقہ نظر آتا ہے اور مزید ایک تہائی مریض اس حد تک صحت یاب ہو جاتے ہیں کہ ان کو ہسپتال سے رخصت کیا جا سکے۔ باقی مریضوں میں سے زیادہ تر مریضوں میں تھوڑا بہت فائدہ ضرور ظاہر ہوتا ہے۔ ایک بہت ہی مختصر تعداد میں کوئی تبدیلی نہیں آتی یا حالت پہلے سے بدتر ہو جاتی ہے۔ یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہیے کہ نفسی عمل جراحی محض انھیں مریضوں تک محدود ہوتا ہے جن پر علاج کے باقی تمام طریقے آزمائے گئے ہوں اور ان میں ناکامی ہوئی ہو۔ اس لیے جو بھی تھوڑا بہت فائدہ حاصل ہو سکے اسے غنیمت سمجھنے کا خیال پیدا ہو جائے۔ جین کنس نے دریافت کیا کہ جن مریضوں پر یہ آپریشن استعمال کیا جاتا ہے ان کی حالت انتشار نفس کے ایسے مریضوں سے تقریباً دوگنا بہتر ہو جاتی ہے جن کا کوئی علاج نہ کیا گیا ہو۔ دوسرے تحقیقی مطالعوں نے بھی اس دریافت کی تائید کی ہے۔ ایک کامیاب کیس میں تشویش، معذور کر دینے والی بندشوں، ماضی کی پشیمانیوں اور مستقبل کی فکر میں کمی اور بیرون بینی و خوش مزاجی اضافہ پایا گیا ہے۔ عام طور پر ذہنی صلاحیت کا

نقصان بہت معمولی حد تک ہی ہوتا ہے۔

اس طریقِ علاج کے کچھ منفی نتائج بھی ہوتے ہیں۔ دماغی عمل جراحی کے مختلف طریقوں میں الگ الگ ہے۔ داخلی مزاحمت کی باگ ڈھیلی ہو جانے کی وجہ سے مصلحت اندیشی میں کمی آجاتی ہے اور جارحانہ رجحان بڑھ جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ جذبات میں سطحیت پیدا ہو جاتی ہے۔ دماغ کے عمل جراحی کے بعد بہت سے مریض حال سے اس قدر وابستہ اور مستقبل سے اس درجہ بے نیاز ہو جاتے ہیں کہ ان میں تدبیر کی صلاحیت باقی نہیں رہ جاتی۔ پورٹئیس اور پیٹرز نے دریافت کیا کہ وہ مریض جن پر دماغ کے سامنے کے لختے پر عمل جراحی کیا گیا ہو، پورٹئیس کی تیار کی ہوئی بھول بھلیاں کو حل نہیں کر پاتے اس لیے کہ اس میں خاصی منصوبہ بندی اور دور اندیشی کی ضرورت ہوتی ہے۔ مریض کی تجریدی فکر اور تعمیم کی صلاحیت کو بھی نقصان پہنچ سکتا ہے اس کی فکر زیادہ ٹھوس حقائق کے گرد ہی گھوم سکتی ہے۔ افکار سطحی اور بے لوچ ہو جاتے ہیں۔ ایک خطرہ یہ بھی ہے کہ عمل جراحی سے پہلے کے واقعات کا جزوی نسیان مستقل طور پر برقرار رہ سکتا ہے۔ کچھ صورتوں میں بھوک غیر ضروری حد تک بڑھ جاتی ہے اور کچھ صورتوں میں مریض کے تمام محرکات ختم ہو جاتے ہیں اور وہ بے عمل ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی ایک بہت افسوسناک نتیجہ یہ ظاہر ہوتا ہے کہ مریض کو بول و براز پر قابو نہیں رہ جاتا۔

دواؤں، برقی صدمے، انسولین کے ذریعے طاری کیے جانے والے سکتے اور دوسرے جسمانی طریقِ علاج کی طرح نفسی عمل جراحی بھی اسی وقت زیادہ کامیاب ہوتا ہے جب مرض بہت پرانا نہ ہو چکا ہو۔ لیکن عام طور پر یہ انھیں مریضوں کے لیے تجویز کیا جاتا ہے جو لمبے عرصے سے بیمار ہوں۔ مریض کے اعزا آپریشن کی اجازت اس وقت تک نہیں دیتے جب تک مریض کی حالت کافی خراب نہ ہو چکی ہو۔ کہا جاتا ہے کہ مریض عمل جراحی کے سلسلے میں جتنا تامل محسوس کرے گا نتائج اتنے ہی اچھے ہوں گے۔ بہت سے ماہرین علاج نفسی جو حرکیاتی نظریے میں یقین رکھتے ہیں، عمل جراحی کو وحشیانہ اور غیر انسانی قرار دیتے ہیں۔ لیکن یہ لوگ بھی اس حقیقت کو تسلیم کرتے ہیں کہ کچھ صورتوں میں عمل جراحی سے فائدہ ضرور ہوتا ہے۔ اس لیے ضروری ہے کہ اس کی اثر انگیزی کی وضاحت کی جائے۔ دماغ کے سامنے لختے دور اندیشی اور تدبر سے تعلق رکھتے ہیں اور تھیلمس اور ہائپوتھیلمس نام کے غدود جذباتی کردار سے وابستہ ہیں۔ اس لیے ان دونوں رقبوں کو ملانے والے عصبی ریشوں کو کاٹ دینے سے مریض کے خیالات میں تشویش کا عنصر کم ہو جاتا ہے۔

اور فکر پر جذبات کے غلط اثرات بھی کم ہو جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ مریض اپنے جذبات پر غیر ضروری توجہ دینا بھی بند کر دیتا ہے۔ مریض کے احمقانہ خیالات، غیر معقول تصورات اور اذیت یابی کے اندیشے عمل جراحی کے بعد بھی برقرار رہ سکتے ہیں لیکن اب وہ ان سے متاثر کم ہوتا ہے اذیت کے اندیشے اسے اب اس حد تک خائف نہیں کرتے جتنا ایریشن سے پہلے کرتے تھے۔

آرام اور نیند کے ذریعے علاج

۱۸۸۵ء میں ایس ڈبلیو میچل نے عصباتی مریضوں (خصوصیت سے اعصابی طور پر تھکی ہوئی عورتوں کے لیے) کے لیے ایک خصوصی پروگرام مرتب کیا۔ اس میں اخلاقی پند و نصائح اور تجاویز، بستر پر مکمل آرام، عمدہ غذائیں، دن میں ایک مرتبہ تقریباً گھنٹہ بھر مالش اور بہت ہلکی برقی رو کے ذریعے عضلات کو دی جانے والی تحریک جیسی کارروائیاں شامل تھیں۔ اس علاج کا مقصد ماحول کے تناؤ کو دور کرنا، مریض میں جسمانی قوت پیدا کرنا اور عضلات کی چلتی و پھرتی کو بحال کرنا تھا۔ میچل نے لکھا ہے "اگر میں مریض کی اخلاقی فضا کو تبدیل کر سکوں جس میں وہ محسوس کر رہا تھا کہ اس کی ہر سانس اس کے اندر زہر گھول رہی ہے اور مریض کے وزن میں اضافہ کر کے اس کے جسم کو سرخ اور صحت مند خون سے بھر سکوں تو مجھے پورا یقین ہے کہ میں مریض کی بہت سی تکلیفوں اور معذوریوں کا خاتمہ کرنے میں کامیاب ہو سکوں گا۔"

اس نظریے کو سوئٹزرلینڈ کے ایک ماہر نفسیات کلیسی نے طویل مدتی نیند کی صورت میں آگے بڑھا دیا۔ کچھ دواؤں کے ذریعے روزانہ تقریباً اٹھارہ سے بیس گھنٹے تک کی نیند پیدا کی جاتی ہے اور یہ علاج تقریباً دو ہفتے چلتا ہے۔ یہ علاج ہنگامی صورت حال میں استعمال کیا جانے والا ایک طریقہ ہے جو شدید تشویشی ردعمل اور مکمل تھکن کے مریضوں پر آزمایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ یہ شدید ہیجانی کیفیت یا اضمحلال میں مبتلا رہنے والے مریضوں کو سکون پہنچانے کے لیے بھی استعمال کیا جاتا ہے خواہ مرض کی تشخیص کچھ بھی ہو۔ بہر حال اس کے اثرات میچل کے ایجاد کردہ علاج کی طرح بالکل عارضی ہوتے ہیں اس کے علاوہ اس سے نمونیا اور دوسرے سنگین نتائج پیدا ہو سکتے ہیں۔ زیادہ تر صورتوں میں اس طریق علاج کی جگہ طمانیت بخش دواؤں کا استعمال کیا جانے لگا ہے۔

دوسرے جسمانی طریق علاج

ابھی ہم نے علاج کے جن خصوصی جسمانی طریقوں کا ذکر کیا ہے ان کے علاوہ بھی شاید ہی ایسا کوئی طبی طریق علاج ہو جسے دماغی مریضوں کے علاج کے سلسلے میں استعمال نہ کیا گیا ہو ان میں سے کچھ طریقوں کا ذکر ہم کریں گے جن کے فائدہ مند ثابت ہونے کی رپورٹ ملی ہے۔ بہت سے امراض کے علاج میں وٹامنوں کا استعمال بہت ضروری ہے خصوصیت سے پے لیگرا اور الکوحل کے مریضوں کے لیے جو نشے کی شدید عادت میں مبتلا ہوں۔ ان لوگوں کے اعصاب میں سوجن پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ کچھ وٹامنوں کی کمی کی وجہ سے ہوتی ہے۔ وٹامن بی ۱ اعصاب کی سوجن اور الکوحلیت کی کچھ دوسری علامات کو دور کرنے میں مدد دیتا ہے۔ وٹامن بی ۲ کا ایک جزو پے لیگرا کے علاج کے لیے ضروری ہے۔ پے لیگرا کی وجہ سے پیدا ہونے والے بہت سے ردعمل مثلاً تشویش، ذہنی کمزوری، الجھن، فریب ادراک، ہیجان، جوش اور واہمے اور کچھ خالص جسمانی علامتیں وٹامن بی ۲ کے استعمال سے بہت تیزی کے ساتھ غائب ہونا شروع ہوتی ہیں۔

عصباتی مریضوں کے لیے کاربن ڈائی آکسائڈ گیس کا استعمال بھی مفید ہوتا ہے۔ انہیں گیس تھوڑی مقدار میں سنگھائی جاتی ہے۔ اس طریق علاج کا نظریہ یہ ہے کہ دماغ میں ایک مکروہ چیز کے تئیں ردعمل پیدا ہونے سے اس کی قوت مدافعت میں اضافہ ہوتا ہے لیکن ابھی اس طریق علاج کے نتائج پر اتفاق نہیں پایا جاتا ہے۔

کچھ خود کار اعصاب کو عمل جراحی کے ذریعہ کاٹ دینے سے بھی شدید نوعیت کے تناؤ اور کچھ دوسری نفسیاتی علامات میں فائدہ ہوتا ہے۔ یہ خود کار اعصاب جوف شکم کے اعضا کو عصبی رَو بھیجتے رہتے ہیں جو نفسی جسمانی بیماریوں سے متاثر ہوتے ہیں۔ ان اعصاب کو کاٹ دینے سے مذکورہ اعضا کو بھیجی جانے والی عصبی رو میں کمی آ جاتی ہے اور علامات کی اصلاح ہوتی ہے۔

بخار کے ذریعے مرض استرخا کا علاج خاصہ اہم ثابت ہوا ہے۔ ۱۹۱۷ء میں ویگنر اور جاریگ نے ثابت کیا کہ استرخا کے مریض کو اگر ملیریا بخار میں مبتلا کر دیا جائے تو اس سے اس مہلک مرض کے علاج میں بڑی مدد ملتی ہے۔ ان دونوں حضرات نے اس دریافت کے لیے نوبل پرائز بھی حاصل کیا۔ مریض کو تقریباً آٹھ سے بارہ دنوں کے لیے ملیریا میں مبتلا کیا جاتا ہے اس کے بعد ملیریا کی دوائیں استعمال کر کے بخار پر قابو پا لیا جاتا ہے۔ اس طریق علاج سے تقریباً ایک تہائی

مریض صحت یاب ہو جاتے ہیں۔ باقی مریضوں کی ایک تہائی تعداد کے مرض میں مزید اضافہ نہیں ہوتا۔ مزید بچے ہوئے مریضوں کو کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ علاج جس قدر جلد شروع کیا جائے نتیجہ اسی قدر بہتر ہوتا ہے۔ اسی طریقے میں مزید اصلاح کی گئی اور مریض کو بغیر ملیریا کا شکار بنائے برقی ذرائع سے بخار پیدا کیا جانے لگا۔ اس کے علاوہ پنسلین کا انکشاف بھی تو آتشک کے علاج میں بہت مددگار ثابت ہوئی۔ چنانچہ آج کل صرف پنسلین کا استعمال کیا جاتا ہے اور کبھی پنسلین کے ساتھ ملیریا یا مصنوعی بخار کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مشترکہ علاج کے طریقے

جسمانی علاج کے کئی طریقوں کو مشترکہ طور پر بھی آزمایا گیا ہے مثال کے طور پر انتشار نفس کے مریضوں کے لیے برقی صدمے اور انسولین کے ذریعے پیدا کیے جانے والے سکتے کو ایک ساتھ استعمال کیا جاتا ہے اسی طرح مالیخولیا اور اضمحلال کے مریضوں کے لیے برقی صدمے کو دافع اضمحلال دواؤں کے ساتھ مشترکہ طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔

جسمانی علاج کے ان طریقوں میں سے کسی بھی طریقے کو علاج نفسی کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے لیکن اگر علاج نفسی کو جسمانی علاج کے بہت دیر بعد استعمال کیا گیا تو ایک مسئلہ پیدا ہو سکتا ہے۔ دواؤں کے استعمال سے مریض کی تشویش کم ہو جاتی ہے اور تشویش کم ہو جانے پر علاج نفسی کی طرف مائل ہونے کا امکان کم ہو جاتا ہے اس لیے جسمانی علاج کے ساتھ نفسی علاج کو جلد شروع کر دینا ہی بہتر ہوتا ہے یہ مشترکہ طریقہ محض جسمانی علاج کے مقابلے میں کہیں بہتر اور پائیدار نتائج پیدا کرتا ہے۔

علاج نفسی

ایسے زیادہ تر افراد جو ذہنی طور پر پریشان ہوں اپنے عزیز و اقارب، دوست احباب مذہبی پیشوا یا طبیب سے بات کر کے دل کی بھڑاس نکالنا چاہتے ہیں۔ علاج نفسی خصوصی طور پر تربیت یافتہ شخص کے ساتھ ایک خاص انداز سے گفتگو کرنے کا دوسرا نام ہے۔ اس گفتگو کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ حالات اور ماحول سے بہتر مطابقت پیدا کی جا سکے۔ یہ گفتگو کئی قسم کے ماحول میں کی جا سکتی ہے مثلاً پرائیویٹ آفس، مطب، ہسپتال، اسکول اور فلاح و بہبود کی ایجنسیوں وغیرہ

ہیں۔ وولبرگ نے علاجِ نفسی کی تعریف حسبِ ذیل الفاظ میں کی ہے۔

" علاجِ نفسی کے تحت مریض اور معالج کے درمیان جو خصوصی رشتہ قائم کیا جاتا ہے، جو مخصوص مقاصد مدِنظر رکھے جاتے ہیں اور علاج کی جو تکنیکیں اپنائی جاتی ہیں ان کا انحصار مریض پر اور معالج کی شخصیت، مہارت اور نظریاتی رجحانات پر ہوتا ہے۔ علاجِ نفسی کے کئی نظام یا مکتبِ خیال ہیں اس کی دو نمایاں مثالیں تحلیل نفسی اور مریض مذکور علاجِ نفسی (client-centered psychotherapy) ہیں۔ حالانکہ علاج کے ان تمام طریقوں میں کچھ عناصر مشترک بھی ہیں تاہم ان میں سے ہر طریقہ شخصیت اور نفسی مطابقت کے مختلف نظریوں پر مبنی ہیں۔ ہر طریق علاج کے اپنے تصورات ہیں اور ان تصورات کے مطابق علاج کی اپنی تکنیکیں ہیں اب ہم علاجِ نفسی کے ممکنہ مقاصد، تعلق کی نوعیت، تکنیکوں، علاجِ نفسی کے نتیجے میں پیدا ہونے والی تبدیلیوں کی نوعیت اور نفسی علاج کے چند خصوصی طریقوں کے اصول وعقائد سے بحث کریں گے۔

علاجِ نفسی کے مقاصد

مریض کو علاجِ نفسی کی جتنی ضرورت ہوتی ہے اور اس کے لیے وہ جتنا موزوں ہوتا ہے اس کے مطابق معالج علاج کے نسبتاً وسیع یا محدود مقاصد مقرر کرتا ہے وہ یہ فیصلہ بھی کرسکتا ہے کہ بعض کو علاجِ نفسی سے کوئی فائدہ نہیں پہنچ سکے گا اس لیے مریض کو اس سے باز بھی رکھ سکتا ہے علاجِ نفسی کے لیے اور خاص کر اس کی وسیع نوعیت کی اقسام کے لیے سب سے موزوں مریض وہ ہیں جن کی عمریں اٹھارہ انیس سے لے کر چالیس سال کے درمیان ہیں (بچوں کے لیے استعمال ہونے والی خصوصی تکنیکوں سے آگے چل کر بحث کی جائے گی۔) عمر کے ساتھ لوگ زیادہ شدت پسند اور بے لوچ ہوجاتے ہیں۔ اس لیے ان کے کردار کی اصلاح مشکل ہوتی ہے۔ موزوں مریض کی ذہانت اور زبان کی روانی کم از کم اوسط درجے کی ضرور ہوتی ہے۔ وہ اپنے کردار اور احساسات پر گفتگو کرنے کے لیے تیار رہتا ہے۔ وہ نہ تو مجنوں ہوتا اور نہ سماجی مریض، ایسا مریض جو خود اپنی مرضی سے علاج کے لیے آیا ہو اور اپنے کردار کی اصلاح کے لیے دل سے آرزو مند ہو اس مریض کے مقابلے میں کہیں زیادہ موزوں ہوتا ہے جو کسی عزیز یا کسی اور شخص کے کہنے پر زبردستی سے آگیا ہو۔ موزوں مریض کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ وہ انتہائی مایوس کن حقائق کے رحم وکرم پر نہیں ہوتا ہے۔ اس سلسلے کی آخری بات یہ ہے کہ متوسط اور اونچے طبقے کے مریض علاجِ نفسی سے نچلے طبقے کے مریضوں کی بہ نسبت زیادہ

استفادہ کرتے ہیں۔

علاج کے مقاصد کا انتخاب ان تمام عوامل کے علاوہ اس بات پر بھی منحصر ہوتا ہے کہ علاج پر مریض کتنا وقت، جدوجہد اور رقم صرف کرنے کو تیار رہے۔ کئی مصنفین کا کہنا ہے کہ علاج کی دو بنیادی اقسام ہیں۔ ایک تو سطحی نوعیت کا علاج جس کا مقصد محض علامات کو ختم کرنا ہوتا ہے اور دوسرا عمیق یا گہرائی میں جانے والا علاج جس کا مقصد شخصیت از سر نو تنظیم کر کے علامات کی اصلاح کرنا ہوتا ہے۔

علامات دور کرنے والا سطحی علاج نسبتاً مختصر ہوتا ہے۔ اس کا مقصد مریض کی دفاعی تدبیریں کو کمزور یا ختم کر کے ان کی جگہ غیر دفاعی کردار پیدا کرنا یا ارتفاع جیسی بہتر دفاعی تدبیروں کو اپنانے میں مریض کی مدد کرنا ہوتا ہے بلکہ حقیقت تو یہ ہے کہ علامات مرکوز علاج کی اکثریہ کوشش ہوتی ہے کہ مریض کمزور دفاعی تدبیروں کو تقویت پہنچائی جائے۔ معالج اس علاج کے رُخ کا تعین خود ہی کرتا ہے وہ مریض کے جوابی اعمال کی اصلاح کی کوشش بھی خود ہی کرتا ہے۔ اصلاح کے لیے مریض کی ذاتی کوششوں کی ہمت افزائی نہیں کرتے۔ مریض کی سابقہ زندگی، خصوصیت سے بچپن کے واقعات نظر انداز کر دیے جاتے ہیں۔ علاج کے دوران موجودہ کردار اور شعوری رویوں پر توجہ دی جاتی ہے۔ سطحی علاج اس وقت اپنایا جاتا ہے جب مریض کا شف حالات علاج کے لیے قطعی موزوں نہ ہو یا اس قسم کے علاج کی ضرورت نہ محسوس کی جائے۔ کاشف حالات علاج کے ذریعے جن مریضوں کا علاج کیا جاتا وہ ابتدا میں شدید بے چینی محسوس کر سکتے ہیں اس لیے کہ اس علاج کے دوران ان کی ترغیبیں اور دفاعی تدبیریں سامنے آجاتی ہیں اور ان کی چھان بین کی جاتی ہے جس کی وجہ سے قبل اس کے کہ اس کی تشویش کم ہو، اس میں عارضی اضافہ ہو سکتا ہے اس لیے اگر سطحی نوعیت کے زیادہ سہل طریقے سے مقصد حاصل ہو سکے۔ موخر الذکر علاج کی اذیت سے دوچار ہونے کی ضرورت نہیں رہ جاتی۔

گہرائیوں میں جانے والا کاشف حالات علاج زیادہ وقت لیتا ہے اور ان افعال کی بجائے جن کی عادت پڑ گئی ہو، ترغیبوں اور کشاکش پر زیادہ زور دیتا ہے۔ اس میں ماضی اور حال کو کھنگالا جاتا ہے اور شعور و لاشعور دونوں پر توجہ دی جاتی ہے یہ طریق علاج معمولی نوعیت کے عارضی نفسیاتی مسئلوں کے لیے غیر ضروری ہوتا ہے اور ایسے شخص کے لیے یہ قرین عقل نہیں ہوتا جو ان دفاعی تدبیروں کو قائم رکھنے کی سخت کوشش میں معروف ہے جن کو اس کی شخصیت کے جنونی اور مائل بہ انتشار رجحانات سے خطرہ لاحق ہے۔ یہ طریق علاج ایسے شخص کے لیے نہایت موزوں ہوتا ہے۔ جو

انتہائی صورتوں کے درمیان ہے یعنی ایک ایسا شخص جس کی انا بہت مضبوط ہوتے ہوئے بھی ایسے مسائل سے دوچار ہے جو غیر اہم اور عارضی نہیں ہیں۔

علامات پر توجہ دینے والا علاج موجودہ دفاعی تدبیروں کو سہارا دے سکتا ہے اس لیے اکثر اسے معاون طریق علاج بھی کہا جاتا ہے۔ یہاں اس طریقے کی دو صورتیں سامنے آئی ہیں ایک تو معاون جس کا ذکر ابھی کیا گیا اور دوسرا یعنی معاون یا علامات کو دبا دینے والا۔ [illegible] [illegible]) اول الذکر علاج کے طریقوں میں گرم جوشی اور دوستانہ جذبات کا سہارا لیا جاتا ہے اس میں مریض کو تقویت پہنچائی جاتی ہے اور اس کے کارآمد، موزوں و پسندیدہ کردار کو قوت بخشی جاتی ہے۔ علامات کو دبا دینے والے طریقے جو تکنیک اپناتے ہیں اس میں تحکمانہ اور اذعانی طریقے سے مریض کو سمجھانا بجھانا اور مابعد تنویم پیش کی جانے والی تجویزیں شامل ہیں۔ ان کے ذریعے آمرانہ طور پر علامات کو دبا دیا جاتا ہے۔ تاہم یہ دونوں طریقے (یعنی علامات کو سہارا دینے والا یا علامات کو دبا دینے والا طریقہ) موجودہ دفاعی تدبیروں کو سہارا دیتے ہیں اور بصیرت ذات پر کم زور دیتے ہیں۔

دوسری طرف کاشف اسباب طریقے شعوری اور لاشعوری کشمکش کی تہ تک پہنچنے میں مدد کرتے ہیں۔ تاہم یہ بھی عدم معاونت پر مبنی نہیں ہیں اس لیے کہ ان طریقوں کی بنیاد بھی گرم جوشی اور دوستانہ ماحول پر ہے۔ مریض میں خود اعتمادی کا احساس پیدا کر کے اسے قبول کرنا ان کے لیے بھی ضروری ہے۔ معاون ہونے کے علاوہ یہ طریق علاج خیالات اور جذبات کے اظہار پر بھی زور دیتے ہیں۔ اس لیے ان کے مقاصد میں ایک مقصد یہ بھی ہے کہ مریض کو اپنے ذاتی مسائل، احساسات، کش مکش، تشویش اور دوسروں کے ساتھ تعلقات کی نوعیت کا اظہار کرنے پر آمادہ کیا جائے۔ ان تمام چیزوں کا اظہار اور اس کے ذریعے دل کی بھڑاس نکالنا بذات خود علاجی افادیت کا حامل ہے اس سے خود کو سمجھنے، کردار کی تہہ تک پہنچنے اور لاشعوری کش مکش کو گرفت میں لانے میں بڑی مدد ملتی ہے۔ یہاں تک ہم نے جو کچھ کہا اس کا خلاصہ یوں ہے: سطحی نوعیت کے علاج نفسی کا مقصد علامات کو ختم کرنا ہوتا ہے۔ یہ علاج نسبتاً مختصر ہوتا ہے اور اس کا مقصد دفاعی تدبیروں کو تقویت پہنچانا ہوتا ہے اس علاج کی توجہ مریض کے موجودہ حالات، شعوری رویوں اور عادتوں پر ہوتی ہے۔ لاشعور کی چھان بین سے یہ گریز کرتا ہے کچھ صورتوں میں اس کا مقصد مریض کی موجودہ دفاعی تدبیروں کے ساتھ تعاون کرنا اور انھیں سہارا

دیتا ہوتا ہے اور کچھ صورتوں میں علامات کو دبا دینا۔ کاشف اسباب علاج عموماً طویل ہوتا ہے اس کا مقصد ناکارہ اور ناموزوں دفاعی تدبیروں کو ختم کرنا ہوتا ہے۔ اس کی توجہ ماضی پر ہوتی ہے یا حال پر یہ عادتوں کی تہہ میں کارفرما رغبتوں کی چھان بین بھی ختم کرتا ہے خصوصیت سے لاشعوری محرکات کی مریض کو اپنے مسائل کے اظہار پر آمادہ کرتا ہے اور ساتھ ساتھ اسے سہارا بھی دیتا ہے۔ مریض میں بصیرت پیدا کرنا اور اس کی شخصیت کو تبدیل کرنا اس کے خصوصی مقاصد ہیں۔

آئیے اب اس علاج یعنی کاشفِ حالات طریقے کے مقاصد پر ذرا تفصیل سے نظر ڈالیں۔ مریض دوسروں کے ساتھ اپنے تعلقات کو سمجھ سکتا ہے اور اپنی دفاعی تدبیروں اور ان اضطراری خواہشوں کو بھی سمجھ سکتا ہے جو ان دفاعی تدبیروں کے وجود میں آنے کا سبب بنتی ہیں۔ یہ سوجھ بوجھ یا بصیرت اس نقصان کی تلافی کرنے میں مدد دے سکتی ہے جو بچپن کے ناخوشگوار تجربات کی وجہ سے مریض کو پہنچا ہے۔ اس سوجھ بوجھ سے اس کے اپنے اور دوسروں کی ذات کے ادراک میں تغیر پیدا ہو جاتا ہے۔ وہ اپنی قوتوں اور خامیوں کو ان کی حقیقی صورتوں میں تسلیم کرنے لگتا ہے۔

سوجھ بوجھ میں اضافے کا ایک نتیجہ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ احتباس اور دوسری بندشیں کمزور پڑ جائیں اور مریض پر اس کی اِڈ اور فوق الانا کا دباؤ کم ہو کر اس کے کردار میں انا کی اہمیت بڑھ جائے۔ مقصد یہ ہوتا ہے کہ مریض کو اس صورتِ حال سے نجات دلائی جائے جس میں اس کے کردار پر اس کے لاشعور کا تسلط ہو جاتا ہے وہ شعوری طور پر کچھ کرداروں کو جاری رکھے اور کچھ کا احتباس کرنے کی آزادی حاصل کر سکے۔ واضح ہو کہ علاج نفسی اضطراری مزاج والے سماجی مریض نہیں تیار کرتا جو اپنی ساری جبلی خواہشات کا بے روک اظہار کرتے ہیں بلکہ وہ مریض کو اپنی خواہشات پر بہتر قابو حاصل کرنے میں مدد دیتا ہے۔ مریض پر جب اِڈ اور فوق الانا کی گرفت ڈھیلی پڑتی ہے تو اس کی انا مضبوط ہو جاتی ہے۔ فرائڈ کا یہ قول کہ "جہاں فوق الانا تھی وہاں انا کا مقام ہوگا" اس مقصد کی وضاحت کرتا ہے۔

ان تبدیلیوں کے ساتھ مریض کی تشویش میں کمی آ جاتی ہے حالانکہ علاج کے دوران وقتاً فوقتاً تشویش میں اچانک اضافہ بھی ہو سکتا ہے تشویش میں کمی کے ساتھ مزاج اور جذبات کی دورخی کیفیت میں بھی کمی آ جاتی ہے اور روزانہ زندگی کے لیے ضروری کارکردگی میں اضافہ ہو جاتا

ہے۔

بصیرت کا حصول، دفاعی بندشوں اور فوق الانا کی گرفت میں کمی، انا کی قوت میں اضافہ تشویش کی کمی اور جذبات کی دوزخی کیفیت کی اصلاح سے بہتر تخلیقی کردار پیدا ہو سکتا ہے مناسب ہمت افزائی کے ذریعے مریض ان موزوں کرداروں کو اپنانا شروع کرتا ہے جن کو اس نے پہلے اپنی روزمرہ زندگی میں یکسر نظرانداز کر دیا تھا۔ وہ اپنی اندرونی کشاکش پر پہلے کی نسبت کم قوت صرف کرتا ہے تاکہ ذاتی کامیابیوں اور فلاح و بہبود کے دوسرے کاموں کے لیے زیادہ قوت دستیاب ہو سکے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اس کی شخصیت میں مجموعی طور پر توسیع ہوتی ہے۔ اس کے بین الذاتی تعلقات زیادہ بہتر ہو جاتے ہیں۔ جنسی تعلقات بھی زیادہ کامیاب اور تشفی بخش ہو جاتے ہیں ذہنی مریضوں کی ایک خاصی بڑی تعداد کی ایک بڑی شکایت یہ بھی ہوتی ہے کہ ان کی جنسی قوت میں کمی آ گئی ہے یا وہ جنسی طور پر سرد ہو گئے ہیں۔ نظریاتی طور پر یہ توقع بھی کی جا سکتی ہے کہ بہتر ذہنی کیفیت کے نتیجے میں اس کو مستقبل میں مزید دباؤ برداشت کرنے کا اہل بھی بن جانا چاہیے۔ تاہم کاشف اسباب علاج بھی ایک مستقل اور مکمل علاج کی ضمانت نہیں پیش کرتا۔ بہتر سے بہتر علاج نفسی کی بھی اپنی حدود ہوتی ہیں۔ چند سالوں تک ہفتے میں محض چند گھنٹے کی نشست ہے۔ یہ امید نہیں کی جا سکتی کہ تمام غلط ادراک، رد یے تاثرات، تشویش احساس جرم اور دفاعی تدابیر جنہیں مریض نے اپنی زندگی کی ایک طویل مدت میں اخذ کیا ہے۔ تبدیل ہو جائیں گی۔ اگر علاج نفسی کو ہم جذبات کی آموزش کا ایک نیا اور از سر نو شروع ہونے والا سلسلہ قرار دیں تو یہ واضح ہو جاتا ہے کہ زندگی کے کسی بھی دور میں ہم کسی چیز کو از سر نو سیکھنا شروع کریں تو اس کی ایک حد ہو گی۔ کافی گہری کشاکش اور انتہائی مستحکم عادتوں کی موجودگی میں علاج نفسی مریض کے چند بڑے مسائل کو حل کرنے کی کوشش کر سکتا ہے۔ بقیہ مسائل کو اسے نظرانداز کر دینا ہی پڑے گا۔

علاج نفسی کے دوران مریض اور معالج کے تعلقات

معالج اور مریض کا تعلق علاج نفسی کا وہ واحد پہلو ہے جو سب سے زیادہ اہم ہے کچھ استثنائی صورتوں کو چھوڑ کر باقی حالات میں علاج اسی وقت موثر ثابت ہوتا ہے جب مریض کو ماحول میں گرم جوشی اور آزادی کا احساس ہو اور ساتھ ہی یہ بھی محسوس ہو کہ معالج اس

میں ایمانداری کے ساتھ دلی دلچسپی لے رہا ہے۔ اگر آپسی تعلقات اس انداز کے ہوں تو مریض محسوس کرتا ہے کہ وہ جو کچھ کہنا چاہے بہ اطمینان کہہ سکے گا۔ اسے کسی نکتہ چینی یا گرفت کا ڈر نہیں ہوگا لیوائن کے کہنے کے مطابق معالج کی کوشش یہ ہوتی ہے کہ وہ نہ تو اپنے فیصلے سنائے اور نہ کسی قسم کی نکتہ چینی کرے۔ اسے مرض کے متعلق کسی قسم کی تشویش کا اظہار بھی نہیں کرنا ہے اور نہ ہی مریض پر قابو حاصل کرنے کی کوشش کرنی ہے۔ اس میں استحکام استواری اور حقیقت پسندی ہونی چاہیے۔ معالج کا بنیادی رول ایک مضبوط اور مددگار رفیق کا رول ہوتا ہے جو مریض کی ہر ممکن حد تک اپنے آپ کو سہارا دے گا اور اپنے قدموں پر آپ کھڑا ہونے کی کوشش کرے گا۔ بہت سے مصنفین نے ایک آئیڈیل معالج کے خواص بیان کرتے ہوئے کہا ہے کہ اس میں انسانی رشتوں کو سمجھنے کی صلاحیت ہونی چاہیے اُس کی اپنی ذات میں دفاعی تدبیروں کا دخل نہیں ہونا چاہیے اور اس میں چابکدستی، معروضیت، حقیقت پسندی، گرمجوشی، ذمہ داری جیسے اوصاف ہونے چاہئیں۔ اس کے دوسروں کے کردار اور ترغیبوں کو سمجھنے کی تکنیکی معلومات بھی بہت ضروری ہیں۔ اسے خود اپنے کردار اور ترغیبوں سے بخوبی آگاہ ہونا چاہیے۔ بہ حیثیت مجموعی اس کو ایک خوشگوار اور دلکش شخصیت کا مالک ہونا چاہیے۔ یقیناً کوئی بھی معالج ایسا 'مکمل' انسان نہیں ہوسکتا جس میں یہ تمام اوصاف مجتمع ہو جائیں تاہم ان خواص کے بیان سے یہ صاف ظاہر ہوتا ہے کہ معالج مریض کے ساتھ کسی قسم کے برتاؤ کو روا سمجھتا اور اس کے حصول کی کوشش کرتا ہے۔

مریض اور معالج کے درمیان اچھا تعلق قائم ہو جائے تو اس کے دو نتائج ہوتے ہیں ایک تو اس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ علاج کے لیے جو تکنیک استعمال کی جارہی ہے وہ کس حد تک موثر ثابت ہوگی۔ مثال کے طور پر ایک مریضہ کو لیجیے۔ بچپن میں ان خاتون کا اپنے بھائیوں سے سخت مقابلہ رہا کرتا تھا۔ اب شوہر کے تئیں ان کا رویہ سخت جارحانہ اور تنقیدی ہے لیکن اپنے سابقہ اور موجودہ کردار کے درمیان انھیں کوئی تعلق نظر نہیں آتا۔ معالج اس کی تشریح کے لیے سوال کرتا ہے "ایسا تو نہیں ہے کہ آپ اپنے شوہر کے ساتھ ویسا ہی برتاؤ کر رہی ہیں جیسا بھائیوں کے ساتھ کرتی آئی ہیں؟" اگر مریضہ معالج کے ساتھ اپنے رشتے کو محفوظ سمجھتی ہے تو یقیناً وہ اشارے کو سمجھ لے گی اور بھائیوں اور شوہروں کے تئیں اس کے جو احساسات رہے ہیں ان کا تجزیہ کرے گی (ضروری نہیں کہ وہ معالج کے ساتھ اتفاق کرے۔ معالج کا خصوصی کام ترغیبوں کو منکشف

کرتا ہے۔ اسے ایسا فارمولا نہیں مہیا کرنا ہے جسے مریض طوطے کی طرح دوہرا دے۔ تاہم اگر مریضہ اور معالج کے درمیان صحیح رشتہ قائم نہیں ہو سکا ہے تو مریضہ یہ محسوس کر سکتی ہے کہ معالج اس سے کہہ رہا ہے کہ اس کا (مریضہ کا) طرزِ عمل بالکل مضحکہ خیز اور بچکانہ ہے۔ اس خیال کے زیرِ اثر وہ دفاعی طور پر مردوں کے تئیں اپنے رویوں کے اظہار پر روک لگا دے گی۔

معالج اور مریض کے تعلقات اچھے ہوں تو مریض میں معالج کی تجویزوں اور یقین دہانیوں کو قبول کرنے کا رجحان بڑھ جاتا ہے۔ ناقص تعلقات کے تحت وہ معالج کی تجویزوں کو رد کر دیتا ہے اور حوصلہ افزائی کے لیے کہی گئی باتوں کو دھمکیاں سمجھتا ہے۔ دوسرا نتیجہ زیادہ گہرا اور دیرا اثر ہوتا ہے بہت سے مریض ایسے بھی ہوتے ہیں جن کو اپنی زندگی میں تعلقاتِ باہمی میں شدید مشکلوں کا سامنا کرنا پڑا ہوتا ہے۔ سلّی وان جیسے ماہرینِ نفسیات کے مطابق یہ مشکلات ان مریضوں کے مسائل کا ذریعہ بھی ہوتی ہیں، اور مسائل کا نتیجہ بھی۔ اگر مریض اور معالج کے درمیان اچھے تعلقات قائم ہو جائیں تو ان کے ذریعے مریض کے دوسروں کے ساتھ تعلقات کی اصلاح بھی ہو سکتی ہے۔ یعنی یہ اچھے تعلقات معالج کے مطلب سے باہر دوسرے لوگوں کے ساتھ بھی قائم کیے اور قائم رکھے جا سکتے ہیں۔ مریض اپنے معالج کے ساتھ ہی نہیں بلکہ دوسروں کے ساتھ بھی خود کو محفوظ سمجھنا سیکھتا ہے وہ دوسروں کے ساتھ تعلقات نبھانے میں تشویش کا اظہار کم اور مثبت احساسات کا اظہار زیادہ کرتا ہے۔ اس طرح دوسروں کے تئیں بھی اس کے رویے مثبت ہو جاتے ہیں۔ ان سب کا مجموعی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ خود کو ایک قابلِ قدر شخص سمجھنے لگتا ہے۔ اپنی ذات اس کی نظروں میں بلند ہو جاتی ہے۔

وہ طریق علاج جو مریض اور معالج کے تعلقات پر زور دیتا ہے اور ان تعلقات کو دوسروں کے ساتھ عمل و ردعمل کی اصلاح کے لیے نمونہ قرار دیتا ہے، اکثر علاج بذریعہ تعلقات (Relationship Therapy) کہلاتا ہے۔ یہ مریض کے مسائل کی جڑیں ماضی میں تلاش کرنے کی بجائے اس کی موجودہ کیفیت پر توجہ دیتا ہے۔ یہ کہا جا چکا ہے کہ مریض کو دراصل محسوسات کی ضرورت ہوتی ہے، ان کی وضاحت کی نہیں، اچھے تعلقات کے ذریعے کیا جانے والا علاج اس تجربے کو فراہم کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ ایلن جس نے بنیادی طور پر اس طریق علاج کو بچوں کے لیے استعمال کیا تھا، اس نے کہا ہے کہ اس نظریے کے تصورات بالغوں کے لیے بھی اسی کامیابی سے استعمال کیے جا سکتے ہیں۔

معالج اور مریض کا تعلق کبھی حقیقت پر مبنی ہوتا ہے اور کبھی یہ دوسروں کے ساتھ قائم شدہ تعلقات کی عکاسی کرتا ہے۔ اسے ہم انتقالِ تعلق کہہ سکتے ہیں۔ مریض عموماً معالج کو ایک علاحدہ حقیقی شخص نہیں بلکہ والدین یا بھائی بہنوں کا قائم مقام سمجھتا ہے۔ وہ اپنے ان لاشعوری رویوں کو جو اس کے بچپن سے تعلق رکھنے والے اشخاص سے وابستہ تھے۔ معالج پر منتقل کر دیتا ہے۔ معالج حسب ضرورت تعلق کے اس عنصر کو یا تو تقویت پہنچاتا ہے یا کم کرنے کی کوشش کرتا ہے رویوں کو منتقل کرنے کے اس عمل کو تقویت اس وقت ملتی ہے جب معالج مریض کے ابتدائی بچپن کے واقعات کی چھان بین کرنے میں اس کی ہمت افزائی کرتا ہے۔ مریض آرام سے کوچے پر لیٹ کر آزادانہ طور پر اپنے خوابوں اور تخیلات کو بیان کرتا جاتا ہے۔ علاجی نشستیں روزانہ مقرر کی جاتی ہیں۔ مریض کے اپنے خیالات و محسوسات کو دوسروں پر غیر حقیقی طور پر چسپاں کرنے کے عمل کا فوری تجزیہ نہیں کیا جاتا ہے بلکہ اس کو آگے بڑھتے رہنے دیا جاتا ہے۔ اور معالج یا تو ایسا رول اختیار کرتا ہے جو مریض کے بچپن کی کسی اہم ہستی (والدین، بھائی، بہن استاد وغیرہ) سے ملتا جلتا ہوتا ہے یا وہ بالکل خاموش رہتا ہے۔ خاموش رہنے سے یہاں مراد یہ ہے کہ وہ مریض کی باتوں کم از کم دخل اندازی کرتا ہے تاکہ اس کی ہستی ایک مبہم سی شکل اختیار کرے جس پر مریض من مانے جذبات اور خیالات کا اظلال آسانی کے ساتھ کر سکے۔ اس کے برعکس تعلقات کے انتقال کا یہ عنصر اس وقت کم ہو جاتا ہے جب مریض اور معالج کا تعلق حقیقت پر مبنی ہو۔ علاجی نشست کے دوران بچپن کی بجائے موجودہ کیفیات کو اہمیت دی جائے، انٹرویو کے دوران مریض اور معالج رد برو گفتگو کریں، ہفتے میں صرف ایک یا دو انٹرویو مقرر کیے جائیں۔ معالج غیر حقیقی رویوں کا تجزیہ فوری طور پر کرے اور وہ ایسا کردار اختیار کرے جو نسبتاً فعال ہو، یعنی وہ مریض کو وقتاً فوقتاً ہدایتیں دیتا رہے اور اس میں بچپن سے تعلق رکھنے والے اہم افعال کی جھلک نہ پائی جاتی ہو۔ تحلیل نفسی میں انتقالِ تعلق کردار میں تبدیلیاں لانے کا بہت بڑا ذریعہ ہے۔ مریض اس کے دوران اپنی ترغیبوں کا تجزیہ کرکے ان کو سمجھتا ہے۔ تحلیل نفسی کے تحت انتقالِ تعلق کے عنصر کو جتنا مضبوط بنایا جاتا ہے۔ دوسرے طریقِ علاج اس کی اجازت نہیں دیتے۔

علاج نفسی کی تکنیکیں

علاج نفسی کی تکنیکوں کو ہم دو قسموں میں تقسیم کر سکتے ہیں۔ ہدایت کارانہ اور غیر ہدایت کارانہ

اول الذکر تکنیک کو استعمال کرنے والا معالج ایک ایسے ماہر کی حیثیت رکھتا ہے جس میں مریض کی راہ نمائی اور ہدایت کرنے کی صلاحیت موجود ہو۔ علاج کی نشستوں کے دوران مریض کی گفتگو یا باہر کی دنیا میں اس کے اعمال و افعال کو متاثر کرنے کے لیے حسب ذیل ہدایت کارانہ تکنیکوں سے کام لیا جاتا ہے۔ ضروری طرز عمل کو پھر سے سکھانا، صلاح و مشورہ، مریض کے لیے کام مقرر کرنا، سمجھانا تجاویز پیش کرنا، حوصلہ افزائی، اس کی زندگی سے منتخب کیے جانے والے عوامل پر توجہ دینا اور اس کے بیانات کی تشریح وغیرہ وغیرہ۔ اہم ہدایت کارانہ تکنیکیں زیادہ تر مریض مرکوز علاج میں استعمال ہوتی ہیں لیکن کچھ حد تک ان کا استعمال علاج کے دوسرے طریقوں میں بھی کیا جاتا ہے یہ تکنیکیں انعکاس اور وضاحت پر مشتمل ہیں۔ ان کی بنیاد اس مفروضے پر ہے کہ علاج کے دوران اور علاج کے علاوہ دونوں صورتوں میں مریض کو اپنے مقصد کے حصول کے لیے راہ کا تعین خود ہی کرنا ہے۔ معالج کا کام صرف اتنا ہے کہ وہ مریض کے لیے ایسی آزادانہ اور خوشگوار فضا مہیا کرے جس میں مریض اپنی رہنمائی خود کر سکے۔

ضروری اطوار کو از سر نو سیکھنے کا عمل

چونکہ علامت اکتساب شدہ رد عمل ہوتی ہے اور کسی جذباتی مسئلے کا مظہر بھی اس لیے اکثر علامتی کردار کی براہ راست اصلاح ممکن ہوتی ہے۔ یعنی مطلوبہ ردعمل کو تقویت پہنچا کر اسے از سر نو سکھانا ممکن ہوتا ہے۔ وُولپ نے نئے سرے سے مطلوبہ اطوار کو سکھانے کا طریقہ ایجاد کیا ہے جس کے ذریعہ وہ مرضیاتی خوف، تشویش، جنسی مسائل اور دوسری عصبیاتی شکایتوں کا علاج کرتا ہے۔ اس سلسلے میں وہ جن جوابی اعمال کا استعمال کرتا ہے ان میں عضلات کی پرسکون کیفیت، جنسی عمل اور ایسی بہت سی حرکات شامل ہیں جن میں ورائے احساس انگیز اعصاب کی کارفرمائی شامل ہوتی ہے۔ یہ نظام اعصاب احساس انگیز نظام اعصاب کے اس اثر کو زائل کرتا ہے جس کا تعلق تشویش سے ہوتا ہے۔ مثال کے طور پر ایسے شخص کو لیجیے جو بلندی سے ڈرتا ہے اس کا یہ خوف مرضیاتی نوعیت کا ہے۔ اس شخص کو عمل تنویم کے زیر اثر سکون کی کیفیت میں لاکر یہ تصور کرنے کو کہا جاتا ہے کہ وہ تقریباً دس فٹ اونچی جگہ سے نیچے جھانک رہا ہے۔ اس کے بعد اسے تین منزلہ عمارت کی چھت سے نیچے جھانکنے کا تصور پیدا کرنے کو کہا جاتا ہے۔ بلندی کا تصور رفتہ رفتہ بڑھایا جاتا رہتا ہے یہاں تک کہ وہ اس مقام کا تصور

کرتا ہے جو سب سے زیادہ خوف پیدا کرے۔ چونکہ جسم ڈھیلا چھوڑنے کی حالت میں موجود
درائے احساس انگیز رد عمل خوف کے دوران موجود ہونے والے احساس انگیز رد عمل کی ضد
ہے اس لیے ہو سکتا ہے کہ اس کے خوف کی شدت میں کمی آجائے۔

از سر نو آموزش کے طریقے پر نکتہ چینی کی جاتی ہے کہ اگر محض علامات کا علاج کیا جائے
اور ان کے بنیادی سبب کو نظر انداز کر دیا جائے تو علاج پائدار نہیں ہوتا ہے۔ خصوصیت سے جبکہ
علامت شخصیت کے کسی مستقل اختلال کی وجہ سے پیدا ہوئی ہو۔ دوسری طرف کچھ ایسی
صورتیں بھی ہیں جن میں علامت کو رفع کر دینے سے دوسروں کے ساتھ مریض کے تعلقات
بہتر ہو جاتے ہیں۔ ان کے نتیجے میں شخصیت میں خود بخود پائدار نوعیت کی اصلاح پیدا ہو جاتی
ہے۔

وُولپ کی تکنیک میں از سر نو آموزش کو باقاعدہ طور پر استعمال کیا جاتا ہے۔
آموزش کو نسبتاً بے ضابطہ تکنیک علاج نفسی کی تقریباً ہر اس قسم میں شامل ہوتی ہے جس میں معالج
اور مریض کے درمیان اچھے تعلقات کی وجہ سے مریض میں خوشگوار جذبات پیدا ہوتے ہیں۔ مریض
جوں جوں تشویش پیدا کرنے والے حالات کی چھان بین کرتا ہے اس کی تشویش میں کمی آتی
جاتی ہے اس لیے معالج کے ساتھ قائم ہونے والے تعلقات سے جو خوشگوار اثر پیدا ہوتا ہے
وہ تشویش کا سدباب کرتا ہے۔ تشویش کی جگہ مثبت اعمال وافعال پیدا ہونے کا نتیجہ
یہ ہوتا ہے کہ مریض کی بڑھی ہوئی حساسیت کم ہو جاتی ہے۔ آگے چل کر یہ مثبت جوابی اعمال معالج
کے علاوہ ان افراد کی طرف بھی منتقل ہو جاتے ہیں، جو پہلے مریض میں تشویش پیدا کرنے کا سبب
تھے۔

مشورہ اور تجویز کار

تیسری صدی عیسوی میں ایک رومن مصنف نے لکھا ہے کہ سب سے مشکل کام خود اپنی
ذات کو جاننا اور سب سے آسان کام دوسروں کو صلاح و مشورہ دینا ہے۔ علاج کی ابتدا
میں زیادہ تر مریض معالج سے صلاح و مشورہ چاہتے ہیں اور بار بار پوچھتے ہیں کہ انھیں کیا کرنا
چاہیے لیکن کچھ اسباب کی بنا پر نہ صرف یہ کہ مشورے سے مریض کی کوئی مدد نہیں ہوتی بلکہ
کبھی کبھی مشورہ نقصان دہ بھی ثابت ہوتا ہے حالانکہ مشورہ دینا انتہائی آسان کام ہے۔ علاج

سے پہلے زیادہ تر لوگ مریض کو مشورے دیتے رہتے ہیں اگر معالج ان اشخاص سے مختلف نہیں ثابت ہوتا ہے تو مریض کو اپنے اور اس کے تعلقات میں کسی خاص کیفیت یا فرق کا احساس نہیں ہوتا ہے۔ اس کے پہلے تعلقات زیادہ تر غیر تشفی بخش ہی ثابت ہوئے ہوتے ہیں۔ دوسرے یہ کہ جو لوگ مشورہ چاہتے ہیں وہ ایک مخصوص نوعیت کے مشورے کے خواہاں ہوتے ہیں۔ اگر معالج کا مشورہ ان کی توقعات پر پورا نہ اترے تو وہ اس کو قبول نہیں کرتے جو مشورہ انہیں قبول نہ ہو اس پر وہ اس طرح عمل کر سکتے ہیں کہ اس کے ناکام ہونے کے پورے امکانات پیدا ہو جائیں اس کے علاوہ مشورہ دینے میں ایک دقت یہ بھی ہے کہ مشورہ عموماً مریض سے پوری طرح درآمد کا طالب ہوتا ہے جب کہ مریض اپنی جذباتی کیفیت کی وجہ سے اس پر اتنی عمدگی سے عمل نہیں کر سکتا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ اس پر عمل پیرا ہونے کی کوشش میں اکثر ناکام رہتا ہے۔ اس کے نتیجے میں اس کا احساس جرم اور تشویش دونوں پہلے سے زیادہ بڑھ جاتے ہیں۔

علاج کے سلسلے میں مشورہ صرف اس وقت فائدہ مند ثابت ہو سکتا ہے جب مذکورہ بالا مشکلات پر قابو پالیا جائے۔ معالج کو اس وقت تک مشورے سے احتراز کرنا چاہیے۔ جب تک وہ مریض کو اچھی طرح سمجھ نہ لے، اس کے اور مریض کے درمیان تعلقات استوار نہ ہو جائیں اور جب تک اسے یہ یقین نہ ہو جائے کہ مریض اس کے مشورے پر کامیابی کے ساتھ عمل کر سکے گا۔ ان حالات میں مشورے کی ایک ذرا مختلف صورت آزمائی جا سکتی ہے اور وہ ہے مریض کو کچھ کام سونپنا۔ ہرزبرگ نے ایک طریق کار ایجاد کیا ہے جسے وہ فعال علاج نفسی (Active Psychotherapy) کہتا ہے۔ اس کے تحت مریض کے سامنے مختلف کاموں کا ایک سلسلہ پیش کیا جاتا ہے جسے بہت ہوشیاری کے ساتھ ترتیب دیا جاتا ہے۔ ایسے مریض کو جو الکوحل دیکھ کر بے قابو ہو جاتا ہے۔ ان حالات کی تعداد بتدریج کم کرنے کا کام سونپا جاتا ہے جن کے تحت وہ شراب نوشی کرتا ہے (مثلاً پارٹیوں میں شرکت کرنا، شراب کی دکانوں میں کم جانا وغیرہ وغیرہ) اگر مریض جلق کی عادت میں مبتلا ہو تو اس کو اس فعل کی تعداد کو بتدریجی طور پر کم کرنے کا کام سپرد کیا جا سکتا ہے۔ اگر معالج سے مریض کی ایسے کسی کام کی صلاحیت کا اندازہ لگانے میں غلطی ہو جائے تو آئندہ نشستوں میں اس ناکامی اور اس کے اسباب کا تجزیہ کیا جا سکتا ہے۔

ترغیب و فہمائش

جدید دور میں علاج نفسی میں فہمائش کی تکنیک کا استعمال سب سے ڈوبائی نے شروع کیا۔ اس نے مریضوں کو یہ ذہن نشین کرانے کی کوشش کی کہ وہ اپنے ذہن میں علامات و بے چینی کے خیالات کی بجائے صحت کے تصور کو جگہ دیں۔ مریضوں کو بتایا گیا کہ وہ کس طرح اپنی علامات کو ذمہ داریوں سے فرار حاصل کرنے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ اس کے اوران کے ذہن میں صحیح خیالات اور رویوں کو جاگزیں کرنے کی کوشش کی گئی۔ بے خوابی کے مریضوں سے کہا گیا کہ وہ خود سے کہتے رہیں "اگر میں سو جاؤں تو بہت اچھی بات ہے لیکن اگر نہ سو سکوں تو کوئی مضائقہ نہیں" مریضوں سے کہا گیا کہ وہ علامات کو قطعی طور پر نظر انداز کریں اور یہ خیال پیدا کریں کہ وہ جلد اچھے ہو جائیں گے خود غرضانہ جذبات کی جگہ دوسروں کی فلاح و بہبود کا جذبہ اور غیر اخلاقی خیالات کی جگہ مذہبی جذبات پیدا کریں وغیرہ وغیرہ۔

آج کل اس تکنیک کا استعمال اس کی اصلاح شدہ صورت میں ہو رہا ہے۔ سمجھانے بجھانے کا عمل مریض کی انا کے شعوری اور عقلی حصے کو متاثر کر سکتا ہے۔ یہ کردار کے غیر شعوری اور غیر عقلی اسباب کو نظر انداز کرتا ہے۔ اگر ایک شخص اپنے کردار کے نقائص کو سمجھنے میں ناکام رہا ہے تو اسے سمجھایا جا سکتا ہے کہ وہ نفسیاتی حقائق کا سامنا کرے اور اپنے مسائل کو دوران علاج یا علاج سے علاحدہ حل کرنے کی کوشش کرے۔ ہیجانی کیفیت میں مبتلا مریض کو سمجھا بجھا کر زندگی میں بڑی تبدیلیاں لانے سے باز رکھا جا سکتا ہے۔ مثلاً اس سے کہا جا سکتا ہے کہ وہ اپنی ملازمت یا کنبے کو نہ چھوڑے یا نئے کاروبار کی ابتدا نہ کرے جب تک کہ وہ مجوزہ تبدیلی کے بارے میں اپنے معالج سے گفتگو نہ کرے۔ بھورتے نے مریض کو سمجھانے کی تکنیک کا خلاصہ ان الفاظ میں پیش کیا ہے۔

"اس میں مریض کی دعوتِ فہم و عقل دینا اور اسے کسی خیال و لائحہ عمل کی اہمیت کو باور کرانا شامل ہیں۔ یہ تکنیک اس وقت کامیاب ہوتی ہے جب معالج اور مریض کے درمیان ایک اچھا تعلق قائم ہو چکا ہو اور معالج کے ساتھ اس کے مثبت جذبے وابستہ ہو گئے ہوں سمجھانے کا مقصد مریض کو حالات سے بہتر مطابقت پیدا کرنے کے لیے از سر نو تیار کرنا ہوتا ہے۔ بنیادی طور پر یہ علامتی سطح کا علاج ہے جس کے مقصد محدود ہوتے ہیں۔

یہ گہرے جذباتی عوامل کی اصلاح کرنے میں کامیاب نہیں ہوتا۔ گو تحلیل نفسی اور غیر ہدایت کارانہ طریق علاج کے حامیوں نے اسے بڑی حد تک ترک کر دیا ہے تاہم کچھ محدود صورتوں میں اسے موثر طور پر استعمال کیا جا سکتا ہے۔

ایما SUGGESTION

ایما، یعنی مریض کے سامنے کچھ تجویزیں پیش کرنے اور اس کے ذہن پر کسی تصور کو نافذ کرنے کے عمل کا استعمال عام بیداری کی حالت یا عمل تنویم کے تحت خیالات، رجحان، احساسات یا عمل پیدا کرنے کے لیے کیا جاتا ہے۔ اس کے مقاصد ترغیب و فہمائش کی تکنیک کے مقاصد جیسے ہی ہوتے ہیں۔

ان تجاویز کے لیے جو عمل تنویم کی کیفیت ہی نہیں بلکہ بحالت بیداری سامنے رکھی جاتی ہیں عموماً اس طرح کے الفاظ استعمال کیے جاتے ہیں "کیا آپ نے اس امکان پر غور کیا ہے کہ ـــــ" یا "کیا ایسا ہو سکتا ہے کہ ـــــ" یا "آپ کے مسئلے کو حل کرنے کا ایک طریقہ غالباً یہ بھی ہو سکتا ہے کہ" وغیرہ وغیرہ۔ معالج مریض سے براہ راست یہ کہنے سے احتراز کرتا ہے کہ "آپ کو یہ ضرور کرنا چاہیے" یا "صحیح طریقہ یہ ہے کہ ـــــ" دراصل وہ یہ ظاہر کرتا ہے کہ ان فیصلوں میں مریض کا بھی ہاتھ ہے۔ بحالت بیداری استعمال کیے جانے والے ایما سے مریض میں کئی تبدیلیاں پیدا کی جا سکتی ہیں۔ مثال کے طور پر ایک ایسی مریضہ جو ہم جنسی میں مبتلا ہو لیکن چاہتی ہو کہ اس کی جنسی زندگی میں تبدیلی لائی جائے۔ ایسی تجویزوں کو قبول کر سکتی ہے جن کے تحت اس کے بالوں لباس اور طرز گفتگو کو زیادہ نسوانی رنگ میں ڈھالنے کا مشورہ دیا جائے۔ اسی طرح ایک ایسا مریض جو مذہبی گفتگو کے دوران انتہائی غصے کا شکار ہو جاتا ہے یہ تجویز قبول کر سکتا ہے کہ وہ اپنے غصے کے اصل محرک کی تلاش کرے۔ اس کے لیے یہ تجویز بھی قابل قبول ہو سکتی ہے کہ وہ مذہبی گفتگو سے احتراز کرے

یہ کچھ افراد کو چھوڑ کر جن پر تنویمی کیفیت نہیں طاری کی جا سکتی ہے۔ باقی تمام افراد میں عمل تنویم کے دوران ایما پذیری بڑھ جاتی ہے۔ شدید تنویمی کیفیت کے تحت ایک شخص یہ قبول کرنے کو تیار ہو جاتا ہے کہ پن چبھونے سے اسے بڑا خوشگوار احساس ہو رہا ہے، خالی کمرے میں فرنیچر اور لوگوں کی موجودگی اور یہ کہ وہ کوئی دوسرا شخص ہے، وہ بلا تامل تسلیم کر لیتا ہے۔

علاج نفسی میں عمل تنویم کو دو طریقوں سے استعمال کیا جاتا ہے۔ دونوں کے تحت مریض کی

بڑھی ہوئی ایماپذیری سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے۔ ایک طریق کار یہ ہے جو مابعد تنویم ایما کہلاتا ہے۔ مریض کے سامنے کچھ فہمائش پیش کی جاتی ہیں اور اس سے کہا جاتا ہے کہ وہ تنویمی کیفیت سے بیدار ہونے کے بعد ان پر عمل کرے۔ ہسٹریائی فالج کے مریض کو عملِ تنویم کے دوران چلایا جا سکتا ہے۔ اس سے کہا جاتا ہے کہ وہ تنویمی کیفیت دور ہونے کے بعد بھی چلتا رہے۔ بے خوابی میں مبتلا شخص سے کہا جاتا ہے کہ وہ عمل تنویم کے بعد بھی آسانی سے سو سکے گا۔ طلبا کو بھی مطالعے پر زیادہ توجہ دینے اور امتحان کے دوران تشویش کو رفع کرنے کے لیے مابعد تنویم ایما سے مدد دی جا چکی ہے۔ اگر اس قسم کی تجاویز کامیابی کے ساتھ استعمال ہو سکیں تو متعلقہ فرد کا اعتماد بحال ہو جاتا ہے اور ہو سکتا ہے کہ وہ معالج کی مدد کے بغیر اپنے مسائل سے عہدہ برآ ہو جائے۔ لیکن اس مقصد کے لیے محض ایک تنویمی نشست کافی نہیں ہوتی، اس عمل کو بار بار دوہرانے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عوام عمل تنویم کو ایک پراسرار اور ساحرانہ عمل سمجھتے ہیں اس لیے لوگ اس کی طرف راغب ہوتے ہیں لیکن ساتھ ساتھ اس سے ڈرتے بھی ہیں۔ اکثر مریض کہتے نظر آتے ہیں۔ "کیا آپ عمل تنویم کے ذریعے میرے ذہن سے یہ سارے بھیانک خیالات کھرچ کر نکال نہیں سکتے؟" "یا میں جانتا ہوں مجھے کیا کرنا چاہیے لیکن کر نہیں پاتا۔ کیا آپ عمل تنویم کے ذریعے مجھ سے یہ نہیں کرا سکتے۔؟" درحقیقت عمل تنویم میں وہ غیر معمولی قوت نہیں ہوتی جو اس سے منسوب کی جاتی ہے۔ یہ ہدایت کارانہ تکنیکوں میں سے ایک تکنیک ہے جو کبھی کامیاب رہتی ہے اور کبھی ناکام۔ دوسری ہدایت کارانہ تکنیکوں کی طرح یہ بھی شکایات کو دبا دیتی ہے اور دفاعی تدبیروں کو سہارا دیتی ہے۔ پوشیدہ ترغیبوں کو آشکارا کرنا یا شخصیت میں گہری تبدیلیاں لانا اس کا کام نہیں ہے۔

عمل تنویم کا ایک دوسرا استعمال یہ ہے کہ اس کے ذریعے ان یادوں کو شعور کی سطح پر لایا جا سکتا ہے جو یا تو دبا دی گئی ہیں یا نسیان کی وجہ سے فراموش ہو گئی ہیں۔ اس قسم کی چھان بین کو تحلیل نفسی کے ساتھ ملا کر استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ طریق کار تحلیل تنویم کہلاتا ہے۔ اس کے تحت عمل تنویم کے ذریعے حاصل ہونے والے مواد کا تجزیہ بحالت بیداری کیا جاتا ہے۔ عمل تنویم کے دوران مریض کی قوت مزاحمت کمزور پڑ جاتی ہے۔ تنویم کے دوران خواب بھی دیکھے جا سکتے ہیں اور تمام خوابوں کی طرح ان کا تجزیہ بھی کیا جا سکتا ہے۔ تنویمی کیفیت کچھ دواؤں کے ذریعے بھی طاری کی جا سکتی ہے ان دواؤں کے نام پینٹوتھال (PenToThal) اور سوڈیم ایمائی ٹال (Sodium amytal)

ان کو اکثر تشخیصی انٹرویو میں بھی استعمال کیا جاتا ہے۔ ان کے استعمال سے مریض زیادہ ایما پذیر بن جاتا ہے اور اکثر ان سے کسی صدماتی تجربے کو شعور کی سطح پر لانے میں بھی مدد ملتی ہے۔

حوصلہ افزائی REASSURANCE

ابتدا میں اکثر مریضوں کے ذہن میں علاج کے متعلق کچھ خوف اور اندیشے موجود ہوتے ہیں وہ ڈرتے ہیں کہ یا تو ان کا علاج نہیں ہو سکے گا یا ان سے کہہ دیا جائے گا کہ وہ جھکّی ہیں یا بہت برے ہیں وغیرہ وغیرہ کچھ لوگوں کو خوف ہوتا ہے کہ وہ دائمی طور پر معالج کی مدد کے محتاج ہو جائیں گے یا علاج ان کو اس حد تک تبدیل کر دے گا کہ وہ اپنی صلاحیتیں یا انفرادی خصوصیات کھو بیٹھیں گے (بنیادی اور لاشعوری طور پر سب ہی مریضوں کو یہ خوف رہتا ہے کہ وہ اپنی عصباتی اور نارمل سے مختلف انفرادی عادتیں کھو بیٹھیں گے) وہ اپنے آپ سے غیر مطمئن ہوتے ہیں لیکن ساتھ ہی انھیں یہ ڈر بھی لگا رہتا ہے کہ نئے اور غیر آزمودہ کردار ان کی موجودہ تسکین کے وسیلوں کو ختم کر دیں گے خواہ وہ محدود کیوں نہ ہو)

حوصلہ افزائی ایک سہارا دینے والی تکنیک ہے جو خوف پر قابو پانے کی کوشش کرتی اور علاج کی راہ ہموار کرتی ہے۔ ایک مریض کو یہ یقین دلایا جا سکتا ہے کہ اس کا مرض کسی اعتبار سے غیر معمولی نہیں ہے (اکثر مریض اپنے مسائل کو انوکھا سمجھتے ہیں) اس کی کیفیت پوری طرح سمجھ میں آگئی ہے اور اس کا علاج ہو سکتا ہے۔ اس کی علامات اس کے لیے تکلیف دہ ضرور ہیں لیکن خطرناک نہیں ہیں۔ اس بات پر زور دینا کہ اس پر افسردگی اور اضطراب ضرور طاری ہے لیکن وہ کسی طرح گنہ گار اور مجرم نہیں ہے۔ مریض کے لیے بے حد حوصلہ افزا ہوتا ہے۔ اس کو یہ یقین دلایا جا سکتا ہے کہ علاج سے وہ زیادہ سے زیادہ خود منحصر ہو جائے گا اس سے اس کی صلاحیتوں یا ان کے استعمال کی ترغیبوں کو کوئی نقصان نہیں پہنچے گا بلکہ انھیں زیادہ تعمیری کاموں کے لیے استعمال کیا جا سکے گا۔

تاہم حوصلہ افزائی کو مؤثر بنانے کے لیے ضروری ہے کہ حقائق پر مبنی ہو۔ اس کا استعمال انتہائی دانشمندی کے ساتھ کبھی کبھی ہی کیا جانا چاہیے۔ دوسرے اسی وقت کیا جانا چاہیے جب مریض اور معالج کے درمیان خوشگوار تعلقات پیدا ہو چکے ہیں۔ ایک مجنون سے یہ کہنا کہ وہ بالکل بھلا چنگا ہے یقیناً غلط ہوگا بہت ممکن ہے کہ وہ اس غلط بیانی کو سمجھ لے۔ اس صورت میں یہ اس کے لیے نقصان دہ ہوگا۔

اگر معالج دانستہ طور پر مریض کی حوصلہ افزائی نہیں کرتا ہے تو اس کا طرزِ عمل یہ فرض انجام

دے سکتا ہے۔ مریض کے خیالات و محسوسات پر توجہ دیتے ہوئے موقعہ بموقعہ مسکرانے سر ہلانے اور گفتگو جاری رکھنے کیلئے اس کی ہمت افزائی کرنے سے مریض سمجھتا ہے کہ اس پر سنجیدگی کے ساتھ توجہ دی جا رہی ہے۔

انتخابانہ ارتکاز SELECTIVE FOCUSSING

اس کے تحت مریض کی گفتگو کے دوران کسی اہم نکتے یا واقعے کو گرفت میں لے کر اس کی مزید تفتیش کے لیے مریض کی ہمت افزائی کی جا سکتی ہے۔ اس کے لیے مریض اور معالج کے درمیان ایک نشست میں ہونے والی گفتگو کافی نہیں ہوتی ہے۔ اکثر اس پر کئی مرتبہ گفتگو کرنے کی ضرورت ہوتی ہے تاکہ ہر مرتبہ اس کے کسی نہ کسی پہلو کو تفصیل کے ساتھ زیر بحث لایا جا سکے۔

تشریح INTERPRETATION

تشریح ایک بیان یا سوال ہے جس کے ذریعے معالج مریض کے کردار کی اہمیت یا معنی کی وضاحت کرتا ہے۔ تشریح کی کئی قسمیں ہیں۔ حسب ذیل مثالوں سے ان کی وضاحت ہو جائے گی پہلی مثال میں ایک سبب کو علامت کے ساتھ وابستہ کیا گیا ہے اور دوسری میں ماضی و حال کا تعلق دریافت ہوا ہے۔ ایک تیسری مثال میں لاشعوری ترغیب اور دفاعی تدابیر کے تعلق کی تشریح کی گئی ہے۔

مثال نمبر ۱۔ سابقہ انٹرویو میں مریضہ نے اپنے سر میں بار بار اٹھنے والے درد کا ذکر کیا تھا۔ ساتھ ہی بتایا تھا کہ وہ اپنے شوہر سے بے حد ناراض رہتی ہے لیکن اسے ان دونوں کیفیات کے درمیان کسی تعلق کا احساس نہیں تھا۔ گفتگو اور دوسرے شواہد کی بنا پر معالج پر واضح ہوا کہ اس کی جسمانی علامت (یعنی درد سر) پریشان کن جذبات۔ (یعنی غصے) کے بعد ہی پیدا ہوتی تھی۔

مریضہ۔ کل میں جسم سے بہت ناراض ہو گئی۔ بظاہر ناراضگی کی کوئی وجہ نہیں تھی۔ ویسے کل شام میرے سر میں شدید درد اٹھا تھا۔ ہو سکتا ہے کہ اسی کی وجہ سے میں اس قدر چڑچڑی ہو گئی تھی۔

معالج۔ ایسا تو نہیں ہے کہ بات بالکل الٹی ہے یعنی بجائے اس کے کہ درد سر سے غصہ پیدا ہوا، آپ کا غصہ ہی درد کا سبب بن گیا ہو۔

مثال ۲۔ ایک بہت ذہین مریض نے علاج نفسی کی طرف اس لیے رجوع کیا کہ اسے اپنے پیشے میں حسب دلخواہ ترقی نہیں مل پا رہی تھی ۔

مریض ۔ مجھے اپنا افسر پسند ہے ۔ وہ بہت اچھا انسان ہے لیکن ادھر میں محسوس کر رہا ہوں کہ میں اس پر صحیح معنوں میں اعتماد نہیں کر پا رہا ہوں ۔ بات میری سمجھ میں نہیں آئی ۔ اس کے ساتھ کام کرنا انتہائی خوشگوار ہوتا ہے اس لیے اعتماد نہ کرنے کی کوئی وجہ نہیں ہے لیکن میں اکثر کام سے ہاتھ کھینچ لیتا ہوں ۔ اس کے لیے جتنا کام کرنا چاہتا ہوں اتنا کر نہیں پایا ۔ یہ پاگل پن ہی تو ہے ۔

معالج ۔ آپ نے پہلے کبھی یہ بتلایا تھا کہ جب آپ چھوٹے تھے تو اپنے والد پر اعتماد نہیں کرتے تھے ۔ اور اب بھی آپ کو ان پر اعتماد نہیں ہے ۔ آپ کو ہمیشہ یہ خیال رہتا تھا کہ وہ کوئی ناخوش گوار حرکت کر بیٹھیں گے یا آپ کو دھوکہ دیں گے ۔

مریض ۔ کیا آپ کا مطلب ہے کہ اپنے افسر کے ساتھ میرا طرز عمل وہی ہے جو والد کے ساتھ رہا ہے ؟

ایک مریضہ اکثر اپنے بچوں سے چڑ جاتی تھی لیکن اپنے معاندانہ جذبات سے اچھی طرح واقف نہیں تھی ۔ وہ اپنے بچوں کے متعلق شدید فکر میں بھی مبتلا رہتی تھی لیکن اسے کبھی ضرورت سے زیادہ فکر اور غصے کے باہمی تعلق کا احساس نہیں ہوا تھا ۔

مریضہ ۔ میں اپنے بچوں کے متعلق ہر وقت فکر میں مبتلا رہتی ہوں ۔ میرے ذہن میں ان کے لیے انتہائی بھیانک خیال آتے ہیں ۔ ایک مرتبہ میں نے خواب میں دیکھا کہ ان میں سے ایک مار ڈالا گیا ہے کتنی بھیانک بات ہے (مریضہ رونے لگتی ہے)

معالج ۔ آپ کو کبھی ان پر شدید غصہ بھی آتا ہے ؟ ۔

(اس آخری تشریح کی مبہم نوعیت ذہن میں رکھی جائے ۔ یہ گویا مریضہ کو دعوت دینا ہے کہ وہ اپنے بچوں کے تئیں اپنے غصے کی تفصیل کے ساتھ چھان بین کرے اور اس کی وجہ سے پیدا ہونے والے ردعمل کو پہچانے ۔ مریض کے خیالات کی تشریح اکثر اس میں شدید مایوسی اور فوری تشویش پیدا کرتی ہے ۔ حالانکہ تشریح کا مقصد تشویش کا خاتمہ کرنا ہوتا ہے)۔

علاج کے ابتدائی مرحلے میں تشریح کے مقاصد زیادہ محدود ہوتے ہیں ۔ کبھی مقصد محض یہ ہوتا ہے کہ کسی علامت کی موجودگی کو باور کرایا جائے ۔ مریض کو یہ بتایا جائے کہ اس کا طرز عمل دفاعی ہے ۔ مثال کے طور پر اس مریضہ کو لیجیے جو اپنے بچوں کے متعلق بہت فکر مند رہا کرتی تھی ۔ پہلے اس سے

یہ کہا جا چکا تھا کہ اس کے فکر و تردد کے پیچھے کوئی ترغیب ضرور موجود ہے۔ بعد میں اس کی ترغیب اور تردد کے تعلق کی طرف ہلکا سا اشارہ کیا گیا۔ پھر اس کے معاندانہ جذبات کے سوتوں کو علاج کا مرکز بنایا گیا اور ان کی چھان بین کی گئی۔

تشریح تحلیل نفسی کی خصوصی تکنیک ہے۔ چونکہ علاج نفسی کی کئی اقسام تحلیل نفسی سے متاثر ہوئی ہیں اس لیے ان سب میں تشریح کا استعمال کیا جاتا ہے۔ حالانکہ علاج کے فوائد اکثر تشریح کے بغیر بھی حاصل کیے جا سکتے ہیں۔ تاہم بہت سے مریضوں کے ساتھ یہ دوسری تکنیکوں کی بہ نسبت زیادہ فائدہ مند ثابت ہوئی ہے۔

احساسات کی وضاحت اور عکاسی REFLECTION AND CLARIFICATION

اس تکنیک کے تحت مریض کے جذبات و محسوسات کو ان کی صحیح صورت میں سمجھا جاتا ہے اور پھر جوں کا توں منعکس کر دیا جاتا ہے۔ جذبات کی عکاسی مریض کے الفاظ میں ہی کرنا بہتر ہے۔ اس کا مقصد جذبات کی وضاحت کرنا ہوتا ہے۔ یہاں یہ ذہن نشین کرنا ضروری ہے کہ معالج مریض کے محسوسات اور جذبات کی عکاسی کرتا ہے۔ اس کے الفاظ اور خیالات کی نہیں۔ یہ تکنیک شعوری تاثراتی ردعمل کی تہہ تک پہنچنے میں مریض کی مدد کرتی ہے۔ اس کی وجہ سے وہ اپنے جذبات سے آگاہ ہوتا ہے جو محبوس کر دیے گئے تھے اور جن سے وہ واقف نہیں تھا۔ مثبت اور منفی دونوں قسم کے محسوسات کی عکاسی کی جاتی ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ معالج منفی جذبات کی عکاسی کر دیتا ہے تو مریض ان پر عمل پیرا ہونے سے باز رہتا ہے گویا ان کا اظہار سماج دشمن طریقے سے نہیں کرتا۔ اگر اس تکنیک کا صحیح استعمال کیا جائے تو اس کی وجہ سے مریض محسوس کرتا ہے کہ اس کو اچھی طرح سمجھا جا رہا ہے۔ اس پر یہ بھی واضح ہو جاتا ہے کہ اس کے جذبات اس کے کردار کو متاثر کرتے ہیں۔ چونکہ یہ تکنیک غیر ہدایت کارانہ ہے اس لیے اس سے یہ بھی ظاہر ہوتا ہے کہ مریض اپنے فیصلوں اور طرز عمل کے لیے خود ذمہ دار ہے۔ عکاسی اور وضاحت کی ایک مثال میں مریض جس کی پہلی شادی کا انجام طلاق ہوا تھا، اپنی دوسری شادی سے وابستہ خدشات کا تذکرہ کرتا ہے انٹرویو کے اس ٹکڑے سے ظاہر ہوتا ہے کہ جب مریض کے افکار اس کی ناپسندیدہ اشیا اور اپنے آپ سے تنفر کو منعکس کر دیا گیا تو آخر میں اس کا رخ منفی جذبات سے ہٹ کر مثبت جذبات کی طرف ہو گیا۔ علاج نفسی میں ایسی مثالیں بہت عام ہیں۔

مریض ۔ جون (دوسری بیوی) 'پہلی بیوی ایلس سے بالکل مختلف ہے۔ میں ایلس کے ساتھ کبھی نباہ نہیں کر سکا۔ ہم لوگ ہر وقت لڑتے رہتے تھے (وقفہ) اکثر میں سوچتا تھا کہ آخر اس نے مجھ سے شادی کی ہی کیوں۔ اس نے مجھے دل سے پسند نہیں کیا تھا (وقفہ) میرا خیال ہے کہ جون کے ساتھ بھی میری بحث و تکرار ہوتی رہتی ہے ایسا محسوس ہو رہا ہے کہ ایلس والا واقعہ دہرایا جا رہا ہے۔

معالج ۔ آپ کا خیال ہے کہ جون مختلف ہے لیکن آپ کو فکر ہے کہ آپ کی یہ شادی بھی ناکام ہو جائے گی۔

مریض ۔ (ذرا جوش کے ساتھ) جی ہاں صحیح ہے۔ ہم لوگ بحث پر بحث کرتے رہتے ہیں اور میرا خیال ہے کہ یہ میرا قصور ہے۔ میں کسی کے ساتھ نباہ نہیں کر سکتا۔ مجھے جون کے باپ سے نفرت ہے۔ میں ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ میں اپنے سوتیلے باپ کو بھی برداشت نہیں کر سکتا۔ اگر کوئی شخص جون کی طرف دیکھتا بھی ہے تو میں میرے اندر حسد کے جذبات ابھر آتے ہیں۔ اور جب میں حسد کا شکار ہوتا ہوں تو مجھے اپنے آپ پر شدید غصہ آنے لگتا ہے۔ میرا خیال ہے کہ میں ہر چیز میں خرابی پیدا کرتا رہتا ہوں۔ ہر کام کو بگاڑ دیتا ہوں۔ مریض کی آنکھوں میں آنسو بھر آتے ہیں۔

معالج ۔ آپ کو دوسروں سے نفرت ہے، خود اپنی ذات سے نفرت ہے۔ کوئی شے کسی لائق نہیں ہے۔

مریض ۔ مجھے یہاں آنا بھی پسند نہیں تھا۔ مجھے خود حالات سے اچھی طرح مطابقت پیدا کرنے کا اہل ہونا چاہیے میں ایک ایسا شخص ہوں جو ہر معاملے میں خرابی پیدا کر دیتا ہے (طنزیہ اور تلخ لہجے میں)

معالج ۔ آپ کا خیال ہے کہ آپ ہمیشہ ناکام رہے اور اب بھی ناکام ہیں۔

مریض ۔ جی ہاں۔ لیکن کبھی کبھی کچھ معاملات کو میں اچھی طرح بھی نمٹا لیتا ہوں۔ (وقفہ) مثال کے طور پر ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ ۔ ۔

علاج نفسی سے پیدا ہونے والی تبدیلیوں کی نوعیت

علاج نفسی کی تکنیکوں کے متعلق یہ سمجھا جا سکتا ہے کہ یہ کم و بیش ایسے نازک اور لچک دار طریقے ہیں جن کا مقصد علاج کے دوران اور علاج کے بعد کردار میں پیدا ہونے والی تبدیلیوں کو

تقویت پہنچانا ہو، مریض کی عادتوں کی اصلاح، اور مریض کی حوصلہ افزائی اس تقویت کی واضح مثالیں ہیں۔ مریض کو کچھ کام سونپے جاتے ہیں جن سے اس کے اندر یہ احساس پیدا ہوتا ہے کہ اس کے مسائل میں دلچسپی لی جا رہی ہے۔ اس کے علاوہ اس سے مریض میں یہ توقع بھی پیدا ہوتی ہے کہ وہ ایسے کرداروں پر قابو پا لے گا جو دشوار سمجھے جاتے ہیں۔ مریض کو سمجھانے اور فہمائش کرنے سے معالج کا وقار مریض کے کردار کو تقویت بخشتا ہے گو کچھ خصوصی واقعات یا محسوسات کو منتخب کر کے ان پر توجہ مرکوز کرنے اور مریض کے احساسات و جذبات کی عکاسی کر کے ان کی وضاحت کرنے سے مریض کو کبھی کبھی خطرے کا احساس بھی ہوتا ہے۔ تاہم ان کے ذریعے اکثر و بیشتر اسے مثبت تقویت ملتی ہے۔ یہ طریقہ علاج کی نشستوں کے دوران اس کی راہ نمائی کر کے اس میں تحفظ کا احساس بیدار کرتے ہیں ان سے اس میں بصیرت اور سوجھ بوجھ پیدا ہوتی ہے اور معالج و مریض کے دوران ایک قسم کے مثبت تعلق کا احساس پیدا ہوتا ہے۔

علاج کے سلسلے میں تقویت کا استعمال کچھ سود مند نتائج کا حامل ہوتا ہے۔ اس میں مریض کچھ خصوصی تبدیلیاں آنی شروع ہو جاتی ہیں (کچھ ناکام ہو جانے والی صورتوں کو چھوڑ کر) خصوصیت سے کاشفِ حالات طریقہ علاج کے دوران۔

خیالات کی ترسیل میں آنے والی تبدیلی

کامیاب علاج کے نتیجے میں مریض میں علاحدگی اور بے گانگی کی کیفیت ختم ہو جاتی ہے اور یہ یقین پیدا ہو جاتا ہے کہ وہ بھی دوسروں تک اپنے احساسات پہنچا سکتا ہے۔

محبوس جذبات کا اظہار

خیالات کی ترسیل کے ساتھ جذبات کے اخراج کا موقع بھی مل جاتا ہے۔ وہ مواد جو عرصے سے محبوس تھا، باہر آ جاتا ہے اس لیے کہ مریض اپنے تکلیف دہ تجربات کا شعور کی سطح پر اعادہ کرتا ہے۔ جذبات کا نکاس بذاتِ خود بہت سے فوائد کا حامل ہے۔ اول تو اس سے دل کا بوجھ ہلکا ہوتا ہے اور گھٹن اور تناؤ کی کیفیت عارضی طور پر دور ہو جاتی ہے۔ علاوہ ازیں جب ایک شخص اپنی ناخوشگوار یادوں، تشویشوں اور کشاکشوں کو الفاظ کی صورت میں ڈھال لیتا ہے تو اکثر اسے احساس ہوتا ہے کہ وہ انھیں جتنا خوفناک اور ناقابل عبور سمجھتا تھا وہ دراصل اتنے خوفناک اور ناقابل عبو

ہیں نہیں۔ جب تک انھیں الفاظ کی گرفت میں نہیں لایا گیا تھا وہ بھیانک لگتے تھے۔ الفاظ کا جامہ پہن کر وہ اس لائق نظر آتے ہیں کہ ان سے عہدہ برآ ہوا جا سکے۔ جذبات کے اظہار کا ایک فائدہ یہ بھی ہے کہ ان کو بیان کرتے وقت رجحانات اور رویوں کی نئے سرے سے ترتیب و تشکیل ہو جاتی ہے۔ مثال کے طور پر ایک مریض بیان کرتا ہے کہ اسے ہر وقت یہ خوف ستاتا رہتا ہے کہ وہ اس مرتبے کو حاصل نہیں کر سکے گا جس کا وہ خواہش مند ہے لیکن اس خوف پر گفتگو کرنے کے بعد اسے احساس ہوتا ہے کہ دراصل وہ اس مرتبے کا خواہش مند ہی نہیں ہے خوف ختم ہو جاتا ہے۔ آخری فائدہ یہ ہے کہ اگر معالج یہ تاثر پیدا کرتا ہے کہ وہ مریض کے جذبات و خیالات کو بخوبی سمجھ رہا ہے اور انھیں تسلیم کرتا ہے تو الفاظ کی گرفت میں آنے پر دہشتناک خیالات و جذبات اپنا اثر کھو بیٹھتے ہیں۔ عصابی مریض میں درد، مایوسی اور احساس نامرادی برداشت کرنے کی صلاحیت بہت کم ہوتی ہے جذباتی تنقیہ اس صلاحیت میں اضافہ کرتا ہے۔

تعزیری رجحان میں کمی

مریض میں اپنی مشکلات کے لیے اپنی ذات یا دوسروں پر الزام تراشی کا رجحان ہوتا ہے۔ علاج کے نتیجے میں اس رجحان میں کمی آتی ہے۔ وہ حالات کو زیادہ معروضی طور پر سمجھنے لگتا ہے اور غالباً اپنی و دوسروں کی منفی خصوصیات کو تسلیم بھی کرنے لگتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ خود کو اور دوسروں کو برا بھلا کہنا موقوف کر دیتا ہے۔

معالج کے ساتھ تمثل IDENTIFICATION

مریض اکثر لاشعوری طور پر معالج کو اپنا آئیڈیل بنا لیتا ہے اور اس کے طرز عمل و رویہ کی نقل کرنے کی کوشش کرتا ہے۔ مثال کے طور پر اگر معالج کسی ایسے مریض سے جس کے حوصلے بہت بلند ہیں، کہتا ہے کہ اندرونی توازن اور ذہنی سکون، خواہشات کے حصول سے زیادہ اہم ہیں تو مریض کی اقدار کے رخ میں تبدیلی آ سکتی ہے۔ لیکن دانستہ طور پر مریض میں اپنی اقدار منتقل کرنا نہ ضروری ہے اور نہ مناسب۔ اگر مریض اور معالج کے درمیان اچھے تعلقات پیدا ہو چکے ہیں تو مریض خود بخود اس کی اقدار کو اختیار کرے گا۔ اس سے مریض کو کبھی کبھی نقصان ہو سکتا ہے لیکن عموماً فائدہ ہی ہوتا ہے تاہم اس عمل کی فطری حدود موجود ہیں اس لیے کہ ہر مریض

بنیادی طور پر اپنی شخصیت پر قائم رہتا ہے اور علاج کے بعد معالج کا عکس بن کر نہیں ابھرتا۔

جذباتی حسیت میں کمی

بہت سے مریضوں میں سماجی ضابطوں سے انحراف کرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ علاج کے نتیجے میں عموماً اس رجحان میں کمی آجاتی ہے۔ مریض کی ازدواجی اور پیشہ ورانہ زندگی میں استحکام آجاتا ہے جیسی بے راہ روی، الکوحلیت اور اسی قسم کے دوسرے اضطراری کردار اور بے اعتدالیاں سرد پڑجاتی ہیں۔ وہ دوسروں کے احساسات کا زیادہ خیال کرنے لگتا ہے۔ ضابطوں کی پابندی کے رجحان میں اضافہ اس لیے ہوتا ہے کہ وہ اپنے پہلے (یعنی ابنارمل) کردار کو غیر تشفی بخش سمجھنے لگتا ہے۔ معالج کی اقدار کو اپنانے کے نتیجے میں بھی ایسا ہو سکتا ہے۔ علاج نفسی کے متعلق یہ بھی کہا جاتا ہے کہ یہ مریض کو سماج کا پابند بنانے کا ایک عیارانہ طریقہ ہے اور اس پر نکتہ چینی کی جاتی ہے۔ کچھ ناقدوں نے مبالغے سے کام لے کر اس کو دماغ شوئی کا ہم پلہ قرار دیا ہے تاہم کچھ ایسے مریضوں میں جن کا علاج کامیاب رہا ہے، سماجی تقلید کے رجحان میں کمی بھی آتی دیکھی گئی ہے اس لیے کہ علاج کی وجہ سے مریض پر سے کچھ بندشوں کی گرفت ڈھیلی پڑجاتی ہے۔ وہ ایک مایوس کن اور انتہائی ناخوشگوار ازدواجی تعلقات کا خاتمہ کر سکتا ہے۔ مریض کے کردار کا تغیر اسے سماجی ضابطوں پر کاربند بنائے گا یا ان سے انحراف کا رجحان پیدا کرے گا اس کا انحصار اس کی شخصیت اس کی زندگی کے حالات اور معالج کی اقدار پر ہوتا ہے۔

علاج کی افادیت کی راہ میں دشواریاں

اوپر ہم نے علاج کے نتیجے میں پیدا ہونے والی جن تبدیلیوں کا ذکر کیا وہ بہ آسانی اور ترتیب وار ظہور پذیر نہیں ہوتیں۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ علاج کے دوران کچھ مزاحمتیں ضرور سامنے آتی ہیں۔

مدافعت RESISTENCE

علاج کے مثبت نتائج کی راہ میں ایک بڑی اڑچن مدافعت ہے۔ مریض کی دفاعی تدبیریں علاج میں تاخیر کا باعث بنتیں اور اس کو مسخ کرنے کی کوشش کرتی ہیں۔ تحلیل نفسی کے ذریعے کیے جانے والے علاج میں مدافعت بنیادی طور پر لاشعوری مواد کو سامنے آنے سے روکتی

ہے۔ مدافعت کی کئی صورتیں ہوتی ہیں۔ مریض اپنی زندگی کے صرف ایک دور یا واقعہ سے آگے نہیں بڑھتا اور مستقل اسی کے متعلق گفتگو کرتا رہتا ہے تاکہ دوسرے واقعات پر توجہ نہ دی جاسکے۔ کبھی وہ مکمل خاموشی اختیار کرلیتا ہے یا ایک موضوع سے دوسرے موضوع پر جست لگا کر ایسی بے ربط باتیں کرتا ہے جن کا کوئی سر پیر نہ ہو۔ وہ اچانک معالج کی صلاحیت پر شک کرنے یا جارحانہ انداز میں کچھ مطالبات کرنے لگتا ہے۔ مدافعت کی ایک اور قسم وہ ہے جس میں مریض خود معالج کے فرائض انجام دینے لگتا ہے۔ یعنی قبل اس کے کہ معالج اس کے بیانات یا محسوسات کی تشریح کرے وہ خود ان کی تشریح کرنے لگتا ہے۔

معالج کا مزاحمت سے نمٹنے کا اولین طریقہ یہ ہے کہ اس کا تجزیہ کیا جائے۔ کاشف اسباب علاج میں معالج مریض کی مدافعت اور دفاعی تدبیروں کی طرف اس کی توجہ مبذول کراتا ہے اور بعد میں مدافعت کے پیچھے جو محرکات ہیں ان کو سمجھنے میں مریض کی مدد کرتا ہے۔ یہ واضح ہے کہ مدافعت کا انتقالِ تعلق سے قریبی تعلق ہے۔ مدافعت کو اس کا منفی پہلو کہا جاسکتا ہے۔ مثبت انتقالِ تعلق کا مطلب ہے معالج کے پسندیدہ اوصاف سے اظلالی مناسبت۔ اس کے برخلاف مدافعت کا مطلب ہے معالج سے غصہ، عدم اعتماد اور خوف کے جذبات وابستہ کرنا۔ طویل مدتی علاج کے دوران عام طور پر ایک مریض اپنے معالج کے تئیں مثبت و منفی جذبات بیک وقت محسوس کرتا ہے۔ اس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے رویے مثبت و منفی عناصر کا ایک پیچیدہ امتزاج ہوتے ہیں۔ مثال کے طور پر اکثر مریض محسوس کرتا ہے کہ معالج اسے احساس تحفظ اور شفقت عطا کرتا ہے لیکن ساتھ ہی خودغرضانہ اور بے رحم انداز میں شفقت سے محروم کرکے اسے سزا بھی دیتا ہے۔

علاجِ نفسی کے منضبط نظریات

علاجِ نفسی کی سائنٹفک بنیاد خام اور نامکمل ہے۔ ہمیں ان عوامل کا پورا علم نہیں ہے جو علاجِ نفسی سے کن مریضوں کو فائدہ پہنچے گا اور کون سے مریض اس سے استفادہ نہیں کرسکیں گے (حالانکہ ایک آئیڈیل مریض کے لیے ہم نے جس معیار کا ذکر کیا ہے اس سے کچھ اندازہ ضرور ہوتا ہے) اور یہ کہ کچھ مریضوں کو فائدہ کیوں ہوتا ہے اور کچھ کو کیوں نہیں ہوتا ہے۔ یوں علاجِ نفسی ایک سائنسی علم کم اور فن زیادہ ہے۔ اس لیے علاجِ نفسی کے کئی نظاموں کا وجود میں آجانا کوئی تعجب خیز بات نہیں ہے۔ ان میں سے ہر نظام کے پیروکاروں کی خاصی بڑی تعداد موجود ہے۔ کسی ایک نظام پر کامل یقین

کے ساتھ عمل کرنے والا ہے اس کی بنا پر عقلی اور جذباتی تحفظ کا احساس ہے، اس شخص کی بہ نسبت اچھا معالج ثابت ہوتا ہے جو اپنے طریق کار کے متعلق شکوک وشبہات میں مبتلا ہے اور جس کے ذہن میں اس کی صحت کے متعلق برابر سوال اٹھتے رہتے ہیں۔ جس طرح ایک محقق سب تعصبات کو از عائیت سے گریز کرنا چاہیے اسی طرح معالج نفسی کے لیے بھی شکوک وشبہات سے دامن بچانا ضروری ہے۔

اب ہم علاج نفسی کے دو بڑے طریقوں سے بحث کریں گے۔ یہ طریقے ہیں تحلیل نفسی اور مریض مرکوز علاج نفسی۔

تحلیلِ نفسی PSYCHOANALYSIS

زیادہ تر مریض جن کا علاج تحلیل نفسی کے ذریعے کیا جاتا ہے، تشخیص کے اعتبار سے عصباتی اختلال، شخصی اختلال اور نفسی جسمانی امراض کی صف میں آتے ہیں۔ کچھ استثنائی صورتوں کو چھوڑ کر جنون کے باقی تمام مریض تحلیل نفسی کے لیے موزوں نہیں ہوتے۔ گو تحلیل نفسی کا استعمال پرائیویٹ معالج زیادہ کرتے ہیں تاہم کچھ مریضوں کے لیے یہ طریقہ ہسپتالوں میں بھی کامیابی کے ساتھ استعمال کیا جا چکا ہے۔ یہ علاج کافی طویل ہوتا ہے اور اس میں کئی سالوں تک ہفتے میں چار پانچ گھنٹوں کی نشست کی ضرورت ہوتی ہے۔ یہ دیکھنے کے لیے کہ مریض تحلیل نفسی کے لیے موزوں ہے یا نہیں، چند ہفتوں تک ایک آزمائشی تجزیہ کیا جاتا ہے۔ اس مدت میں معالج یہ فیصلہ کرتا ہے کہ مریض آزاد ایتلاف کرنا سیکھ سکتا ہے یا نہیں۔ اور یہ کہ اس کے مسائل تحلیل نفسی کے ذریعے حل ہو سکتے ہیں یا وہ ماحول سے تعلق رکھنے والی ایسی مشکلات سے پیدا ہوئے ہیں جن پر قابو نہیں پایا جا سکتا۔

تحلیل نفسی کا بنیادی اصول یہ ہے کہ مریض آرام سے ایک صوفہ پر لیٹ کر آزاد ایتلاف کی صورت میں ہر وہ بات کہہ ڈالے جو اس کے ذہن میں آتی ہے۔ مریض کے لیے یہ اس وقت زیادہ آسان ہوتا ہے جب وہ آرام سے صوفے پر لیٹا ہوا ہو بہ نسبت اس صورت کے جب وہ معالج کے روبرو ہو۔ صوفے پر لیٹنے کی صورت میں مریض کے خیالات پر معالج کے چہرے کے تاثرات کا کوئی اثر نہیں پڑتا دوسرے اس صورت میں معالج کے ساتھ انتقال تعلق کے امکانات زیادہ قوی ہو جاتے ہیں۔ مریض کے ساتھ پیش آنے والے سابقہ یا موجودہ واقعات، معالج کے تئیں اس کے رویے اور تخیلات کی

اڑان اُسے ان میں سے کسی چیز کے اظہار پر روک نہیں لگانی ہے۔ اس اصول پر عمل کرنا بہت مشکل ہے۔ زیادہ تر مریض اس کی بار بار خلاف ورزی کرتے ہیں اور رفتہ رفتہ ہی اس پر عمل کرنا سیکھتے ہیں اگر مریض کہتا ہے کہ اس کے ذہن میں کوئی قابل ذکر خیال ہی نہیں ہے تو تجزیہ کار اسے مدافعت سے تعبیر کرتا ہے۔ آزاد ایتلاف کی حسب ذیل مثال (Wolberg 1954) سے ظاہر ہوتا ہے کہ عمل بے جوڑ قسم کے خیالات کی رنگارنگی کو الفاظ کا جامہ پہنانے سے ایک بامعنی خاکے کی ترسیل کس طرح ہوتی ہے۔ مریض ایک ۳۸ سالہ عورت ہے جو ایک قسم کے مرضیاتی خوف میں مبتلا ہے۔ جب ذیل بیانات سے پہلے وہ اپنے جنسی خوف کے بارے میں باتیں کر رہی تھی۔ اس کے اس نے اپنے باپ کے بارے میں بتانا شروع کیا۔

مریضہ ۔ ابھی میرے ذہن میں ایک خیال آیا۔ جب والد کا انتقال ہوا تو وہ برہنہ تھے میں نے ان کی طرف دیکھا لیکن واضح طور پر تو کچھ دیکھ سکی نہ سمجھ سکی۔ میری تربیت کچھ اس طرح ہوئی تھی کہ مجھے عورت اور مرد کے فرق کا علم نہیں تھا۔ میں باوجود والد سے ڈرنے کے ان سے محبت بھی کرتی تھی۔ ان کے پاس مجھے انتہائی خوشگوار حرارت اور تحفظ کا احساس ہوتا تھا۔ اس سے زیادہ خوشگوار حرارت اور احساسِ تحفظ مجھے کہیں نہیں مل سکے۔ اب بھی میرے سارے جسم میں اس کو یاد کر کے سنسنی دوڑ جاتی ہے۔ اب مجھے کچھ یاد نہیں آتا۔ میرے ذہن میں دھندلکا چھا جاتا ہے اور میں تناؤ اور خوف محسوس کرنے لگتی ہوں۔

تجزیہ کار نے "یادوں کے دھندلکے" کو مدافعت اور خوف سے تعبیر کیا۔ اس تشریح کی وجہ سے باقی نشستوں میں مریض کو اپنی لاشعوری کشاکشوں کو قریب سے سمجھنے میں مدد ملی۔

خوابوں کا تجزیہ بھی تحلیل نفسی میں بہت اہمیت رکھتا ہے خوابوں کو فرائڈ نے لاشعور تک پہنچانے والی کشادہ راہ (Royal Road to unConsious) کا نام دیا۔

آزاد ایتلاف اور خوابوں کی تشریح نفسی جبریت (Psychie delerminiom) کے مفروضے پر مبنی ہوتا۔ اس مفروضے کے مطابق کوئی بھی ذہنی عمل حادثاتی نہیں ہوتا بلکہ سابقہ واقعات اس کا تعین کرتے ہیں۔ خیالات اور علامتوں کے متعلق یہ خیال کیا جاتا ہے کہ در حقیقت وہ کئی اسباب کے امتزاج سے متعین ہوتے ہیں۔ یہ اسباب اکثر آپس میں خلط ملط ہوتے ہیں۔ ان کی گتھی کو سلجھانے کے لئے تجزیہ کار فرائڈ کے ان تصورات کا استعمال کرتا ہے جنھیں ہم تیسرے باب میں بیان کر چکے ہیں جیسے انا اور فوق الانا کی کشاکش، فرد کی قبل تناسلی نشو و نما جو دہانی، مقعدی اور تناسلی

ادوار سے گزرتے ہوئے ہوتی ہے، اوڈیپل مثلث اور دفاعی تدبیریں وغیرہ وغیرہ۔ تجزیہ کار کے لیے مریض کے ایتلاف کا مفہوم اس معنیٰ سے قطعی مختلف ہوتا ہے جو مریض ان کو پہناتا ہے اس لیے کہ تحلیل نفسی کے مفروضے کے تحت یہ ایتلافات ان محبوس جبلتوں کا نتیجہ ہوتے ہیں جن کی جڑیں بچپن میں پیوست ہوتی ہیں۔

تحلیل نفسی کے ذریعے کی جانے والی تشریح کا مقصد مریض کو یہ سمجھنے میں مدد کرنا ہوتا ہے کہ اس کے کردار کی جڑیں ماضی میں پیوست ہیں اور یہ کہ اس کا کردار حال کے لیے موزوں نہیں ہے۔ مریض اس بات کو سمجھ لے تو اس کی تشویش میں کمی آجاتی ہے۔ تشویش میں کمی آئے تو مزید مسخ شدہ خیالات بھی ذہن میں کم آتے ہیں۔

تحلیل نفسی میں وقت زیادہ صرف ہونے کی وجہ یہ ہے کہ اس کے تحت مریض کا مطالعہ کیا جاتا ہے۔ اور اس کے لیے کافی مواد تیار کرنا ہوتا ہے۔ اگر کسی اضطراری خواہش یا کش مکش کو صحیح طور سے سمجھنا ہے تو اس کے تمام ماخذوں میں سے ہر ماخذ اور ہر تعلق کو دریافت کرنا ہوگا۔ اس میں مریض کے وہ ردعمل بھی شامل ہیں جن کے تحت وہ معالج سے کچھ جذبات وابستہ کرتا ہے۔ ہر اضطراری خواہش اور کشاکش کی کئی مرتبہ جانچ کی جاتی ہے۔ تحلیل نفسی کے خاص مقاصد یعنی غیر تشفی بخش دفاعی تدبیروں کو پوری طرح سمجھنا ان کا ارتفاع کرنا ایسے مقاصد ہیں جن کو بہ وقت تمام رفتہ رفتہ ہی حاصل کیا جا سکتا ہے۔

تحلیل نفسی کے روایتی طریق کار کی بہت سی ترمیمات یونگ، ایڈلر، ہورنے، سلی وان اور بہت سے دوسرے ماہرین نفسیات نے پیش کی ہیں جنھوں نے فرائڈ کے نظریے پر نظر ثانی کی تھی۔ ایڈلر کے حامی، مثال کے طور پر شعوری مواد پر زیادہ زور دیتے ہیں اور علاج کو روایتی تجزیہ کار کے مقابلے میں زیادہ جلدی مکمل کرتے ہیں۔ الکزنڈر اور فرنچ حالانکہ تحلیل نفسی کے نظریے کی پیروی کرتے ہیں تاہم ان کا طریق کار زیادہ مختصر اور لچک دار ہوتا ہے۔ ان نظریاتی ماہرین کا کہنا ہے کہ ابتدا میں ہی ہر مریض کی جانچ کرکے یہ فیصلہ کر لینا چاہیے کہ اس کے لیے کلاسیکی تحلیل نفسی مناسب ہوگی یا ہفتے میں ایک یا دو انٹرویو کافی ہوں گے جن کے ساتھ علاج وقفے وقفے سے عارضی طور پر بند کر دیا جائے گا تاکہ دیکھا جا سکے کہ حقیقی زندگی میں اس علاج سے کس حد تک فائدہ پہنچ رہا ہے۔ معالج اگر مریض کے جذبات کا رخ اپنی طرف نہ پھیرنا چاہے تو مریض کو کوچ پر بٹھانے کی بجائے اپنے سامنے بٹھا سکتا ہے۔

مریض مرکوز علاج نفسی CLIENT CENTERED

مریض مرکوز علاج نفسی کے مقاصد جن کا تعین روجرز (Rogers 1951-57) نے کیا ہے کسی بھی کاشف اسباب علاج کے مقاصد سے ملتے جلتے ہیں۔ یعنی اندرونی کشاکش میں کمی، زیادہ مربوط اور زیادہ پختہ شخصیت کی حصولیابی اور با اثر زندگی گزارنے کے لیے قوت حیات کی افزائش۔ روجرز کا خیال ہے کہ ان مقاصد کو حاصل کرنے کے لیے معالج کی کچھ مخصوص شرائط ضروری ہیں۔ اول تو یہ کہ علاج کے دوران مریض کو احساس ہونا چاہیے کہ اس کے اپنی ذات کے تصور اور حقیقی تجربوں کے درمیان خاصا فرق ہے اور اس فرق سے مریض کو خطرے کا احساس ہونا چاہیے۔ (مریض مرکوز علاج نفسی کے پیروکار لفظ مریض کی جگہ کلائنٹ یا طالب خدمت کی اصطلاح کو ترجیح دیتے ہیں) دوسرے یہ کہ معالج کو علاج کی نشستوں کے دوران اپنی حقیقی شخصیت کو پیش کرنا چاہیے۔ اس کا طرز عمل پر تصنع نہیں ہونا چاہیے۔ یعنی علاج کے دوسرے نظریات کے برعکس اس کو کوئی خصوصی رول نہیں ادا کرنا ہے۔ تیسرے یہ کہ اگر معالج کے ذہن میں مریض کے لیے احترام کا غیر مشروط اور مثبت رویہ موجود نہیں ہے تو علاج آگے نہیں بڑھ سکے گا۔ معالج کو صحیح معنوں میں مریض کی بہتری کا خیال رکھنا چاہیے۔ چوتھے یہ کہ معالج کو مریض کی داخلی کیفیت سے بخوبی آگاہ ہونا چاہیے اور مریض کو یہ بھی باور کرانے کی پوری کوشش کرنی چاہیے کہ وہ اسے اچھی طرح سمجھ رہا ہے۔ آخری یہ کہ معالج کو اپنے احساسات کی ترسیل اس طرح کرنی چاہیے کہ مریض یہ سمجھ سکے کہ معالج کے اندر اس کے تئیں احترام کا جذبہ موجود ہے۔

علاج کے متعلق بہت سے ایسے مفروضے ہیں جن سے عام طور پر لوگ متفق ہیں لیکن روجرز ان سے اختلاف کرتا ہے۔ مثال کے طور پر وہ علاج کی کامیابی کے لیے مرض کی تشخیص کو ضروری نہیں سمجھتا۔ اس کے علاوہ وہ یہ نہیں تسلیم کرتا کہ علاج نفسی میں ایک فریق ماہر فن ہوتا ہے۔ اس کے نزدیک علاج نفسی اچھے انسانی تعلقات کی ایک صورت ہے۔ بالکل ایسی ہی جیسی دو قریبی دوستوں کے درمیان پائی جاتی ہے) وہ یہ بھی نہیں مانتا کہ معالج بننے کے لیے انسانی کردار کے دانشورانہ اور ماہرانہ علم کی ضرورت ہوتی ہے۔ واحد وصف جو علاج کے لیے ضروری ہے وہ دوسروں کی جگہ خود کو تصور کر کے ان کے احساسات کی گہرائیوں میں اترنے اور ان کو قبول کرنے کی صلاحیت ہے۔ مریض کو اس کا احساس دلانے کے لیے عموماً انعکاس اور وضاحت کی تکنیک کا سہارا

کیا جاتا ہے۔

مریض مرکوز علاج پر کئی اسباب کی بنا پر نکتہ چینی کی گئی ہے۔ بہت سے مشاہدین کا خیال ہے کہ یہ طریقہ شدید عصباتی اختلال کے مریضوں کی بجائے ان لوگوں کے لیے زیادہ موزوں ہے جو معمولی نقص مطابقت کا شکار ہیں۔ اس کا یہ مفروضہ کہ ہر مریض میں صحت مندی کا رجحان موجود ہوتا ہے اخلاقی اور جذباتی طور پر پرکشش ہے لیکن اس مفروضے کی سائنٹیفک حقیقت کیا ہے یہ واضح نہیں ہوتا۔ اس کے علاوہ یہ عقیدہ کہ معالج کے لیے تکنیکی مہارت کی ضرورت نہیں ہے، ماہرین علاج نفسی اور ماہر نفسیات کو غیر دانش مندانہ محسوس ہوتا ہے۔ اس نظریے کے حامی تشخیص کی مخالفت کرتے ہوئے اس حقیقت کو بھول جاتے ہیں کہ اکثر تشخیصی معلومات علاج میں غلطیوں کے ارتکاب سے روکتی ہیں لیکن ان نکتہ چینیوں کے باوجود روجرز کے نظریات نے بہت سے ہم عصر معالجین امراض نفسی کے طرز فکر اور عمل کو متاثر کیا ہے اور جیسا کہ ہم بعد میں دیکھیں گے روجرز اور اس کے ساتھیوں نے علاج کے طریقوں اور ان کے نتائج پر ہونے والی تحقیق کو آگے بڑھانے میں اہم رول ادا کیا ہے۔

چند دوسرے نظریات

علاجِ نفسی کے موجودہ طریقوں میں ہر طریقے کے حامی خاصی بڑی تعداد میں موجود ہیں تاہم کچھ معالجین ایسے بھی ہیں جن کا دائرۂ کار کسی ایک نظریے تک محدود نہیں ہے۔ یہ لوگ کئی تکنیکوں اور تصورات کے امتزاج سے فائدہ اٹھاتے ہیں۔ گو یہ لوگ آزاد ایتلاف اور کوچ کا استعمال شاذونادر ہی کرتے ہیں لیکن فرائڈ کے خیالات سے بے حد متاثر ہیں۔ یہ لوگ اِڈ، فوق الانا کی کشاکش دفاعی تدبیریں، مدافعت اور انتقال تعلق جیسے عوامل سے استفادہ کرتے ہیں لیکن ساتھ ہی ان کا طریق کار آموزش کے سلسلے میں وضع کیے جانے والے تصورات پر مبنی ہوتا ہے۔ یہ لوگ حالات سے مطابقت پیدا کرنے والے اعمال و افعال کو الفاظ کے ذریعے تقویت پہنچاتے ہیں اور اس بات کو ملحوظ رکھتے ہیں کہ ان علامات اور افعال کو تقویت نہ پہنچے جو مطابقت کی راہ میں حارج ہوتے ہیں۔ یہ فہمائش اور انعکاس دونوں کا استعمال کرتے ہیں۔ یہ کردار کو متعین کرنے والے داخلی و لاشعوری عوامل پر بھی زور دیتے ہیں اور بین الذاتی عوامل پر بھی، موجودہ دور میں علاج نفسی کا نظریہ اور طریقۂ کار دونوں ہی غیر یقینی حیثیت کے حامل ہیں اور ان میں مسلسل اصلاحات ہو رہی ہیں۔ مذکورہ بالا نظریوں میں کوئی بھی واحد نظریہ ایسا نہیں ہے جس کو دوسروں پر

فوقیت دی جا سکے۔ نظریوں کا امتزاج اس حقیقت کی تصدیق کرتا ہے۔

علاجِ اطفال CHILD THERAPY

بچوں کی انا اور فوق الانا بالیدہ نہیں ہوتی ہیں۔ بچے نہ بڑوں کی طرح سوچ سکتے ہیں نہ گفتگو کر سکتے ہیں۔ انھیں اپنی زندگی اور حالات پر قابو بھی نہیں ہوتا۔

بچوں کی علاج میں گفتگو کی جگہ کھیل کو خاصی بڑی حد تک استعمال کیا جا سکتا ہے۔ ان کے لیے کھلونے، آبی رنگ، خاکہ کشی کا سامان، لکڑی یا پلاسٹک کے چوکور ٹکڑے اور گوندھی ہوئی مٹی کا استعمال کیا جاتا ہے۔ جس طرح بڑوں کے علاج کے سلسلے میں مختلف نظریات و عملی نظام استعمال کیے جاتے ہیں اسی طرح بچوں کے علاج کے لیے کھیل کو استعمال کرنے کے مختلف طریقے موجود ہیں۔

لیوی (Levy 1938) نے ایک طریقہ ایجاد کیا ہے جس کو علاج بذریعہ نکاس Release Therapy کہا جاتا ہے۔ معالج علاج کے لیے مختلف کھلونوں کا انتخاب کرتا ہے۔ مثال کے طور پر ایسی گڑیاں جن کے اعضا علاحدہ کیے جا سکیں۔ یہ کنبے کی نمائندگی کرتی ہیں۔ ان گڑیوں کو ان بچوں کو دیا جاتا ہے جن کے دل میں والدین یا کنبے کے دوسرے افراد کے لیے شدید غصے کے جذبات ہوتے ہیں۔ معالج ان کو کھیل کے دوران اپنے جارحانہ جذبات اور تشویشوں کا اظہار کرنے کی ترغیب دیتا ہے۔ وہ بچہ جو نوزائیدہ بھائی یا بہن سے حسد کرتا ہے۔ چھوٹے بچے کی قائم مقام گڑیا کو کچلتا ہے یا اس کے ہاتھ پیر توڑ دیتا ہے۔ شدید غصے میں مبتلا بچہ مٹی سے کھیلنے کی بجائے اُسے پھینکتا ہے، پانی کو ادھر ادھر چھڑکتا ہے، رنگوں کو جگہ جگہ بکھیر دیتا ہے، کھیل کی موٹروں کو زور زور سے آپس میں ٹکراتا ہے۔ اس طریق علاج میں معالج بچے کے کھیل کی حرکات و سکنات کی تشریح الفاظ کے ذریعے بہت کم کرتا ہے۔ جس طرح بڑوں میں گفتگو کے ذریعے دل کی بھڑاس نکلتی ہے اسی طرح بچے کے جذبات کی نکاسی کو علاجی فوائد کا حامل سمجھا جاتا ہے اس لیے کہ یہ باہمی تعلق کے آزادانہ ماحول میں ہوتی ہے۔ لیوی کا خیال ہے کہ یہ طریقِ علاج صرف ان بچوں کے لیے فائدہ مند ہو سکتا ہے جن کی عمر دس سال سے کم ہو اور جن کی علامات علامات کسی مخصوص حالیہ واقعے کے پس منظر میں پیدا ہوئی ہوں مثلاً کنبے میں ایک نئے بچے کی پیدائش وغیرہ۔ علاوہ ازیں علامات قطعی اور محدود نوعیت کی ہونی چاہئیں۔ مثال کے طور پر غصے کے دورے، کابوس، گویائی کا

اختلال وغیرہ ۔ کنبے کے اندر بچے کے روابط میں استحکام کا پایا جانا بھی ضروری ہے ۔ وہ بچے جن کی شکایتیں کہنہ اور شدید نوعیت کی ہیں اور جن کے کنبے عام روش سے جداگانہ ہیں ان کے لیے زیادہ پیچیدہ طریق علاج کی ضرورت ہوتی ہے ۔

بچوں کے علاج کے لیے میلنی کلین (Melanie Clein 1932) اور اینا فرائڈ (Anna Freud 1946) نے بھی کچھ خاص طریقے منضبط کیے ہیں ۔ میلنی کلین کا خیال ہے کہ بچپن میں کھیل کی وہی اہمیت ہے جو بڑوں میں آزاد ایتلاف کی ۔ اس نے کھیل کی حرکتوں کی تشریح کے لیے فرائڈ کی اصطلاحات استعمال کی ہیں ۔ ایک کھلونا گاڑی کو الٹنے کا مطلب باپ کے تئیں خفگی اور جارحیت کا اظہار ہو سکتا ہے ۔ معالج خاتون کو چھوتے کا مطلب ایسی جنسی خواہش کا اظہار ہو سکتا ہے جس کا رخ خاتون مذکور کی طرف ہو ۔ ایسا عموماً معالج سے جذباتی وابستگی کے باعث ہوتا ہے ۔ کلین نے بتایا کہ بچے کی بنیادی لاشعوری کشمکش کی بالواسطہ اور گہری تشریح سے بچے کی تشویش میں کمی آتی ہے ۔ لیکن اس کے اس نظریے کو زیادہ تر نفسیات اور علاج نفسی کے ماہرین نے قبول نہیں کیا ہے ۔

اینا فرائڈ کے نظریے کے مطابق معالج پہلے بچے کو علاج کی ترغیب دیتا ہے ۔ اس کے لیے وہ خود کو دلچسپ بناتا اور بچے کے مشاغل میں اس کا ہاتھ بٹاتا ہے ۔ اس کے بعد بچے کے کھیل، اس کی بنائی ہوئی تصویروں اس کے عام اور بیداری کی حالت میں دیکھے جانے والے خوابوں وغیرہ کا تجزیہ کیا جاتا ہے ۔ یہ تشریح لاشعور کی گہرائی میں نہیں اتر سکتی ۔ اس لیے کہ بچے کی ناپختگی اور والدین پر اس کے انحصار کی وجہ سے گہرے تجزیے کی راہ میں رکاوٹ پیدا ہوتی ہے ۔ اینا فرائڈ کے مطابق بچے کے تجزیے سے علاج وتعلیم دونوں کے مقاصد پورے ہوتے ہیں ۔ اس کے ذریعے لاشعور اور ظاہری کردار دونوں کی سطح پر بہت کچھ کیا جا سکتا ہے ۔

مریض مرکوز علاج نفسی کو بھی بچوں کے لیے استعمال کیا گیا ہے ۔ اس میں کھیل کا استعمال بغیر کسی تشریح کے کیا جاتا ہے ۔ بچے کے طرز عمل کے لیے کچھ حدود ضرور متعین کر دی جاتی ہے مثلاً وہ معالج پر حملہ یا مطب کے ساز و سامان کو برباد نہ کرے ۔ معالج کے پاس آنے کے لیے مقررہ وقت کی پابندی بھی ضروری ہوتی ہے ۔ اس کے علاوہ باقی اعمال و افعال کے لیے وہ آزاد ہوتا ہے ۔ اگر اس کی خواہش ہو کھیل سکتا ہے ورنہ نہیں ۔ اسی طرح وہ مرضی کے مطابق گفتگو کر سکتا یا خاموش رہ سکتا ہے ۔ علاج کی ترقی کے لیے واحد شرط یہ ہے کہ معالج اسے اس کی مکمل صورت میں قبول کرے ۔

بچوں کے علاج کے طریقوں میں ایک طریقہ ایلین کا علاج بالرابطہ بھی ہے۔ ایلین نے بچوں کے کھیل کی تشریح فردیت (Individuation) کے تصور کے تحت کی ہے ایلین کے مطابق ہر شخص دوسروں سے علاحدہ اور ممیز ہو کر پختگی کو پہنچتا ہے۔ تشریح کا استعمال اس لیے کیا جاتا ہے کہ بچے کو نفسیاتی طور پر ان لوگوں سے بے نیاز ہونے میں مدد دی جا سکے جن پر وہ ضرورت سے زیادہ تکیہ کرتا ہے۔ ان اشخاص میں عموماً ایک ایسی ماں کو نمایاں حیثیت حاصل ہوتی ہے جو بچے سے غیر ضروری مطالبات کرتی ہے اور اس پر اپنا تسلط رکھنا چاہتی ہے۔ بچہ معالج پر بھی غیر ضروری حد تک تکیہ کرنے لگتا ہے لیکن تشریح کے ذریعے معالج اس تعلق کو ختم کرنے میں اس کی مدد کرتا ہے۔ تشریح کا مرکز ماضی کی بجائے حال ہوتا ہے۔ بچے کو اپنے موجودہ احساسات کو سمجھنے اور اپنے فیصلے آپ کرنے میں مدد دی جاتی ہے۔ اسی درمیان بچے کے والدین ایک دوسرے معالج سے رابطہ قائم کرتے ہیں اور یہ معالج ان کے انٹرویو لیتا ہے۔ دو مختلف معالجوں سے رابطہ قائم کرنے کی وجہ سے بچے کی انفرادیت کو ممیز بنانے میں مدد ملتی ہے۔

با جماعت اور خاندانی علاج GROUP AND FAMILY THERAPY

گروپ یا با جماعت علاج ابھی دو تین دہائیوں پہلے ہی منظر عام پر آیا ہے۔ ایک ہی معالج مریضوں کی ایک جماعت کے ساتھ کام کرتا ہے۔ اس گروپ میں کبھی کبھی مریضوں کے اعزا بھی شامل ہوتے ہیں۔ جماعت کے اراکین کی تعداد چھ سے بارہ ہوتی ہے۔ معالج ان لوگوں سے ہفتے میں ایک یا ایک سے زیادہ بار ملتا ہے۔ وہ مریض جنہیں ایک جماعت میں رکھا جاتا ہے کچھ اعتبار سے ایک دوسرے کے مماثل اور کچھ اعتبار سے مختلف ہوتے ہیں۔ عموماً ایسے مریضوں کو ساتھ رکھنا ٹھیک نہیں ہوتا جو ایک دوسرے سے بالکل مختلف ہوں۔ مثال کے طور پر نو بالغوں کے پختہ عمر افراد کے ساتھ اور کند ذہن لوگوں کو ذہین افراد کے ساتھ رکھنا مناسب نہیں ہے۔ کبھی کبھی ایک مریض کا علاج انفرادی طور پر بھی ہوتا ہے اور جماعت میں بھی۔ عموماً اس صورت میں دو مختلف معالج ان کا علاج کرتے ہیں۔

گروپ علاج کے دو اسباب ہیں۔ اوّل یہ کہ تربیت یافتہ ماہرین کی کمی کی وجہ سے ہر مریض سے انفرادی طور پر عہدہ برآ ہونا ممکن نہیں ہوتا اور دوسرے کچھ مریض اس قسم کے ہوتے ہیں جنہیں انفرادی کی بجائے گروپ علاج سے زیادہ فائدہ پہنچتا ہے۔ مثال کے طور پر وہ مریض

جن کے سماجی تعلقات ناموزوں رہے ہوں یا وہ مریض جو معالج سے انفرادی تعلق کو خوف کی نگاہ سے دیکھتے ہوں دکھیو مریض کو انفرادی علاج میں لواطت کے امکانات نظر آتے ہیں۔ گروپ علاج کا ایک خصوصی فائدہ یہ ہے کہ مریض اپنے کردار میں جو تبدیلیاں محسوس کرتا ہے۔ گروپ میں ان کی سماجی حقیقت کی جانچ کی جاسکتی ہے۔ اس کے علاوہ وہ اپنی ذات و جماعت کے اراکین کے تئیں جن رویوں کا اظہار کرتا ہے ان کی صحت کی بھی جانچ ہو جاتی ہے۔ مریض کی وجہ سے دوسروں میں جو ردِ عمل پیدا ہوتا ہے اس سے یہ بھی معلوم ہو جاتا ہے کہ دوسرے اس سے کس طرح متاثر ہوتے ہیں اور اس کو کس نظر سے دیکھتے ہیں۔ اس طرح جماعت کا ہر رکن دوسرے کے لیے معالج کی حیثیت کا حامل ہوجاتا ہے۔

گروپ علاج کے طریقوں میں بھی اسی قدر تنوع پایا جاتا ہے جتنا انفرادی علاج کے طریقوں میں انفرادی علاج کے جن طریقوں کا ہم ذکر کر چکے ہیں وہ سب گروپ پر بھی آزمائے جاتے ہیں۔ گروپ علاج کے تحت زیادہ تر معالج ایک ایسی فضا تیار کرتے ہیں جس میں لوگوں کو کافی آزادی حاصل ہو۔ وہ علاج کے مقاصد سے جماعت کو دور بھٹکنے نہیں دیتے۔ جماعت کے اراکین کے اندر کچھ حد تک اتحاد پیدا کرتے ہیں اور اجتماعی و انفرادی رویوں کی عکاسی کے ساتھ کبھی کبھی مزید تشریح بھی کرتے ہیں۔

گروپ علاج کی ایک اور صورت خاندانی علاج ہے جاکسن (Jackson 1961) اس علاج کے تحت کبھی کبھی انتشار نفس کے مریض اور اس کے کُنبے کا علاج ساتھ ساتھ کیا جاتا ہے۔ اس نظریے کے تحت کُنبے کے اندر غیر صحت مند تعلقات ہی مریض کے جنون کے ذمہ دار ہوتے ہیں۔ بعد میں مریض کا اختلال ان تعلقات کو مزید بگاڑ دیتا ہے۔ اس طرح خرابی کا ایک دائرہ قائم ہو جاتا ہے۔ علاج کا مقصد اس چکر کو ختم کرنا ہے۔ کنبے کے افراد ایک دوسرے کے تئیں اپنے رویوں پر گفتگو کرتے ہیں۔ ایک دوسرے پر ایک نئے انداز سے نگاہ ڈالتے ہیں۔ اس طرح ایسی سوجھ بوجھ حاصل کرتے ہیں جس سے کنبے کے اندر غیر صحت مند رویوں اور طرز عمل کی اصلاح کے امکانات پیدا ہوتے ہیں۔ خاندانی علاج میں گویا پورا کنبہ مریض بن جاتا ہے۔

گروپ علاج کا ایک طریقہ سائیکو ڈراما کہلاتا ہے۔ یہ طریقہ مورینو (Moreno 1946) کی دین ہے۔ اس کے تحت مریض بغیر کسی شفقت کے اپنی سابقہ اور آنے والی زندگی کے (تصوراتی) واقعات کی اداکاری کرتے ہیں۔ مریضوں کے ساتھ تربیت یافتہ افراد بھی ہوتے ہیں جو اداکاری میں ان کی مدد کرتے ہیں۔ ہر مریض ایک تکلیف دہ صورت حال کے تحت اپنا رول ادا کرتا ہے یا

پھر کسی ایسے شخص کا رول ادا کرتا ہے جو اس کی زندگی میں بہت اہم ہو۔ سائیکو ڈراما کا مقصد مریض کی بصیرت میں اضافہ کرنا، تشویش کو کم کرنا اور مریض کو مستقبل کے لیے تیار کرنا ہے۔ مثال کے طور پر جنگ میں زخمی ہو جانے کی وجہ سے کچھ نوجوانوں کو خوف تھا کہ ان کو سماج میں قبول نہیں کیا جائے گا اور ملازمت میں ان کے خلاف جانبداری برتی جائے گی۔ ان لوگوں سے ملازمت کے انٹرویو کی اداکاری کرائی گئی۔ ایک شخص نے ملازمت کے خواستگار کا رول ادا کیا۔ اور دوسرے نے ملازمت دینے والے صاحب اختیار شخص کا۔ پھر دونوں نے ایک دوسرے سے رول تبدیل کر کے اداکاری۔ اس سے خوف اور تشویش رفع کرنے میں بہت مدد ملی۔

تقریباً تمام ماہرین علاج نفسی، کلینکی ماہرین نفسیات اور دوسرے ماہرین اس بات پر متفق ہیں کہ علاج نفسی کارآمد ثابت ہوتا ہے یعنی یہ جذباتی پریشانیوں میں مبتلا افراد کی مدد کرنے کا ایک موثر ذریعہ ہے۔ تاہم اس خیال کی صحت کو ثابت کرنا مشکل ہے۔ ایسی انفرادی مثالیں جن میں ڈرامائی انداز سے بہتری آئی ہو، ثبوت کی حیثیت نہیں رکھتیں۔ اس لیے کہ یہ بہتری فطری طور پر بھی آ سکتی تھی۔ یہ بھی ہو سکتا ہے کہ یہ بہتری ماحول کی تبدیلی سے پیدا ہوئی ہو۔ انفرادی کامیابیوں کی مثالیں پیش کر کے یہ ثابت کرنا کہ علاج نفسی کا کوئی ایک نظام دوسرے نظام سے زیادہ بہتر ہے، اس سے بھی زیادہ بے معنی ہے۔ ایک بنیادی مسلمہ یہ ہے کہ علاج نفسی کی تمام قسمیں مریضوں کی کسی نہ کسی حد تک مدد ضرور کرتی ہیں۔

واضح ہے کہ علاج نفسی کی اثر انگیزی کو دریافت کرنے کے لیے زیادہ کنٹرول شدہ تحقیق کی ضرورت ہے۔ ابھی تک جو تحقیق ہوئی ہے وہ وسیع ضرور ہے لیکن اس سے کوئی نتیجہ اخذ کرنا مشکل ہے اس لیے کہ کنٹرول میں خامیاں رہ گئی ہیں۔ اس سلسلے میں ایک تحقیقی مطالعہ نائٹ نے کیا ہے۔ اس نے مختلف شہروں سے منتخب کر کے تقریباً ایک ہزار مریضوں کا جائزہ لیا۔ ان مریضوں کا علاج بذریعہ تحلیل نفسی کیا گیا تھا۔ (علاج نفسی کی تحقیق میں ایک مشکل یہ ہے کہ ایسے مریضوں کی مناسب تعداد شاذ و نادر ہی حاصل ہو سکتی ہے جن پر یکساں حالات کے تحت تحقیق کی گئی ہو) نائٹ کی رپورٹ کے مطابق ایسے چھ سو ساٹھ افراد میں جو چھ ماہ یا اس سے زیادہ مدت تک زیر علاج رہے، کامیاب علاج کا فی صد جنون کے لیے پچیس، عصباتی اختلال کے لیے تریسٹھ اور نفسی جسمانی امراض کے لیے اٹھتر تھا (کامیاب علاج کی تعریف یہ ہے کہ متعلقہ فرد یا تو بظاہر بالکل ٹھیک ہو گیا ہو یا اس کو نمایاں افاقہ ہوا ہو)۔ ان تین سو افراد کے علاج کی کامیابی یا ناکامی کی کوئی اطلاع نہیں ملی جنھوں نے پہلے چھ ماہ

کے اندر ہی علاج چھوڑ دیا تھا۔ کوئی کنٹرول گروپ نہیں تھا جس کے تحت فطری طور پر حاصل کی گئی صحت کا اندازہ لگایا جاتا۔

آئزنک (Eysenk 1952) نے عصباتی اختلال کے مریضوں کی تین جماعتوں کے علاج کے نتائج کا جائزہ لیا۔ ایک جماعت کا علاج تحلیل نفسی کے ذریعے کیا گیا تھا، دوسری جماعت کے لیے غیر تجزیاتی علاج نفسی کا سہارا لیا گیا تھا اور تیسری جماعت کا علاج یا تو ہسپتال میں داخل کر کے کیا گیا تھا یا ایسے ڈاکٹروں نے کیا تھا جو علاج نفسی کے ماہر نہیں تھے۔ ان تینوں جماعتوں میں صحت حاصل کرنے والے مریضوں کی تعداد کم و بیش یکساں تھی۔ آئزنک نے یہ نتیجہ اخذ کیا کہ علاج نفسی بے سود ہے خواہ اس کے لیے تحلیل نفسی کا سہارا لیا جائے یا کسی اور تکنیک کا۔

اس نتیجے کو بہت کم ماہرین نفسیات نے تسلیم کیا ہے اس لیے کہ اس کے بارے میں کچھ نہیں کہا جا سکتا کہ ان تینوں جماعتوں میں شامل مریضوں کے مرض کی شدت میں یکسانیت تھی یا نہیں۔ دوسرے یہ امر بھی مشکوک ہے کہ کامیابی اور ناکامی کو پرکھنے کے معیار یکساں تھے یا نہیں۔

آئزنک کے جواب میں روزن ویگ (۱۹۵۰ Rosenzweig) کا کہنا ہے کہ ہسپتال میں جن مریضوں کا علاج کیا جاتا ہے اس کی کامیابی کا معیار یہ ہوتا ہے کہ مریض کی علامات کو اس حد تک دور کر دیا جائے کہ مریض اپنے معاشرے میں واپس چلا جائے اور روزمرہ کی معمولی زندگی بسر کرنے کا اہل بن سکے۔ لیکن تحلیل نفسی میں علاج کو اس وقت تک کامیاب نہیں سمجھا جاتا جب تک شخصیت کی از سر نو تنظیم نہ ہو جائے۔ یہ معیار اول الذکر معیار کی بہ نسبت زیادہ سخت ہے۔

علاج کی اثر انگیزی کو جاننے کے لیے جو تحقیق کی جاتی ہے اس کے لیے ضروری ہے کہ اختیاری (Experimental) اور کنٹرول گروپ کے مریض، مرض، مرض کی شدت، عمر سماجی حیثیت، معاشی حالت اور ذہانت کے اعتبار سے کم و بیش یکساں ہوں۔ کنٹرول گروپ کو حاصل کرنے کا ایک طریقہ یہ ہے کہ کچھ مریضوں کا انٹرویو لیا جائے اور اس کے ذریعے ان خواص کا اندازہ لگایا جائے جن کو کنٹرول کرنا ہے پھر لوگوں کو ایسی دو جماعتوں میں تقسیم کر دیا جائے جو ان خواص کے اعتبار سے یکساں یا کم و بیش یکساں ہوں۔ اس کے بعد ایک جماعت کا علاج کیا جائے اور دوسری جماعت کو بغیر کسی علاج کے رکھا جائے۔ بدقسمتی سے اس طریق کار کا مطلب

ہے کہ ایک جماعت کو علاج سے یکسر محروم کر دیا جائے۔ یہ بذات خود ایسی حقیقت ہے جو تحقیق کے نتائج کو متاثر کرتی ہے۔ بقول فرینک (Freme 1959) "علاج نفسی بین الذاتی تعلقات کی ایک صورت ہے اور اس سے محروم رکھنا ان تعلقات کی ایک جداگانہ صورت ہے۔ اس صورت حال یعنی علاج سے محروم رکھے جانے) کو بے اثر نہیں ٹھہرایا جا سکتا۔

مریضوں کی خصوصیات کو کنٹرول کرنے کے علاوہ علاج کے نتائج کے ایک مثالی مطالعے کے لیے ضروری ہے کہ معالجین بھی اپنے نظریات تجربے اور اہم شخصیتی اوصاف کے اعتبار سے کم و بیش یکساں ہوں۔ آخری نکتہ خصوصیت سے اہم ہے۔ اس لیے کہ علاج کے دوران معالج و مریض کے تعلقات معالج کی شخصیت سے جس حد تک متاثر ہوتے ہیں، کسی اور چیز سے نہیں ہوتے۔ ردبیک (1961 Robaue) کا بیان ہے کہ مارٹن پرنس کے پاس جو ایک مشہور امریکی ماہر علاج نفسی تھا ایک دولت مند مریض آیا کرتا تھا۔ وہ مراق علامت میں مبتلا تھا۔ جب بھی اس کی تشویش بڑھتی وہ پرنس کے پاس چلا آتا۔ پرنس اس سے صرف اتنا ہی کہتا تھا "آپ زبردست احمق ہیں اور کیا کہوں" مریض زور سے قہقہہ لگاتا، اپنی فیس ادا کرتا۔ اور خود کو بہتر محسوس کرتے ہوئے خوشی خوشی چلا آتا تھا۔ پرنس کی یہ ہلکی سی بد کلامی بظاہر اس مریض کا علاج کر دیتی تھی۔ اس کی وجہ غالباً یہ تھی کہ پرنس غیر معمولی طور پر پرکشش اور پر مذاق شخصیت کا مالک تھا۔ فرینک نے بھی ایک ماہر علاج نفسی کی مثال پیش کی ہے جس نے یہ محسوس کیا کہ اس کا ایک مریض علاج کے سلسلے میں انٹرویو کی پانچ نشستوں کو چھوڑ کر باقی تمام نشستوں میں بے حد اداس اور مضمحل رہا تھا۔ معالج کو بعد میں خیال آیا کہ ان پانچوں نشستوں کے دوران خود اس لیے ایک محرک دوا استعمال کی تھی۔ بظاہر اس نے مریض کو نادانستہ طور پر اس لیے متاثر کیا تھا کہ اس کا اپنا موڈ بے حد اچھا تھا (یہ بھی ممکن ہے کہ اس دوا کے استعمال کے بعد اس نے مریض کو ایک دوسری صورت میں دیکھا ہو)۔

چونکہ اب تک کی جانے والی تحقیقوں میں کوئی بھی قابل اعتنا طوالت کی تحقیق ان عوامل پر کنٹرول حاصل کرنے کے مشکل بلکہ ناممکن کام میں کامیاب نہیں ہو سکی ہے جن کا تعلق مریض اور معالج سے ہو۔ اس لیے ابھی تک علاج نفسی کی اثر انگیزی کو نہ تو ثابت کیا جا سکا ہے اور نہ ہی اس کے خلاف ثبوت مہیا ہو سکے ہیں۔

نظریاتی بنا پر یہ فرض کرنا قرین عقل محسوس ہوتا ہے کہ ایک مریض جو تشویش میں مبتلا ہے یا

بوکھلایا ہوا ہے اور جس کو اپنے آس پاس کے لوگوں کی دوستی اور شفقت نہیں حاصل ہو سکی ہے وہ یقیناً ان خوشگوار تعلقات سے استفادہ کرے گا جو اس کے اور ایک سمجھ دار معالج کے درمیان قائم ہو جاتے ہیں۔ آج کل علاج کے عملی پہلوؤں پر ہونے والی تحقیق اور علاج کی اثر انگیزی میں اضافے کے درمیان قریبی تعلق ہے۔ اس لیے کہ جس عمل کے ذریعے کردار میں تبدیلیاں آتی ہیں اس کو ہم جتنا زیادہ سمجھ سکیں گے، علاج نفسی اتنا ہی موثر ہوگا۔

ماحول میں ردوبدل یا ماحولی علاج MILIEU THERAPY

مریض کے ماحول میں ردو بدل کی کئی صورتیں ہو سکتی ہیں۔ بچوں کو اکثر عدالت کے حکم کے بموجب ناقابل برداشت گھریلو ماحول سے علاحدہ کر کے سرکاری اداروں میں رکھا جاتا ہے — اسی طرح ایک پریشان حال و بے چین شخص کو سماجی کارکن بہتر ملازمت یا رہائش گاہ تلاش کرنے یا کسی سماجی اور تفریحی گروپ کا رکن بننے میں مدد دے سکتے ہیں۔ ماحولی علاج جسے اکثر سماجی علاج بھی کہتے ہیں، مریض کے سماجی حالات کی اصلاح کی ایک کوشش ہے۔

اس علاج کی سب سے زیادہ مقبول صورت ان جدید دفاعی ہسپتالوں میں پائی جاتی ہے جو روایت شکن ہیں اور جنھوں نے نئے طریقے اختیار کیے ہیں۔ حالانکہ دوسری جنگ عظیم کے بعد سے دماغی اسپتالوں کے ڈھانچے میں بڑی تیزی کے ساتھ تبدیلی آئی ہے تاہم آج بھی کئی ہسپتالوں میں ایسی تنظیم موجود ہے جس کا ذکر فرینک نے بڑی خوبی کے ساتھ ان الفاظ میں کیا ہے "روایتی قسم کے دماغی ہسپتالوں کے ڈھانچے اور تنظیم کی بنیاد اس مفروضے پر ہوتی ہے کہ دماغی مریض غیر ذمہ دار ہوتے ہیں اس لیے ان سے خود کو ان کی ذات اور دوسروں کو نقصان پہنچ سکتا ہے۔ علاوہ ازیں کچھ مریضوں کے متعلق خیال کیا جاتا ہے کہ ان کا مرض ناقابل علاج ہے اس لیے زندگی بھر ان کی نگہداشت ضروری ہے۔ ان مفروضوں کی وجہ سے دماغی اسپتالوں کی تعمیر دیہی علاقوں میں کی جاتی ہے جہاں مریضوں کی دیکھ بھال انھیں عام معاشرے سے دور بند دروازوں کے پیچھے رکھ کر کی جاتی ہے۔

معالج عملہ ایک مخصوص پیچیدہ نظام مراتب کے تحت کام کرتا ہے جس میں سب سے اوپر دماغی معالجین ہوتے ہیں۔ پھر تربیت یافتہ مددگار عملہ جس میں نرسیں اور سماجی کارکن شامل ہوتے ہیں۔ پھر ہسپتال کے عام ملازمین اور محافظ۔ مریض سے توقع کی جاتی ہے کہ وہ

تجویز شدہ علاج کو قبول کرے گا اور بغیر چوں وچرا سارے احکام کی پابندی کرے گا۔ عملے کے ساتھ گفتگو یا تعلقات انتہائی محدود ہوتے ہیں۔ تعلقات کی نوعیت کا تعین عملہ ہی کرتا ہے۔

چونکہ مریضوں کے تناسب میں معالجین کی تعداد بہت کم ہوتی ہے اس لیے وہ اپنا زیادہ تر وقت ان نئے مریضوں پر صرف کرتے ہیں جن کے علاج سے استفادہ کرنے کے امکانات زیادہ ہوتے ہیں۔ دوسرے کچھ مریض تحویلی وارڈ میں بھجوا دیے جاتے ہیں اور ان مریضوں کو بھی ان میں شامل کر دیا جاتا ہے۔ جن میں علاج سے فوری افاقہ نظر نہیں آتا تاکہ نئے مریضوں کے لیے جگہ خالی کی جا سکے۔ ان کو معاشرے میں واپس بھیجنے کی کوشش نہیں کی جاتی اور ان پر بہت کم توجہ دی جاتی ہے۔ ان کی پوری زندگی انتہائی یکسانیت اور یاس و ناامیدی کی فضا میں گزر جاتی ہے۔"

فرینک نے جو کچھ کہا اس کے علاوہ ہم یہ بھی کہہ سکتے ہیں کہ روایتی اسپتالوں میں مریض کو اس کی عزت نفس اور کچھ حد تک اس کی انفرادیت سے بھی محروم کر دیا ہے۔ اس کی ذاتی اشیا اس سے لے لی جاتی ہیں اور اس کی ڈاک ڈاک جانچ پڑتال کے بعد ہی اس کے حوالے کی جاتی ہے۔

روایتی ہسپتال کے اس خود مختارانہ نظام کے باوجود یا غالباً اس کی وجہ سے ہی کچھ مریضوں کو فائدہ پہنچتا ہے۔ اس کے ابہام اور اس کی سادگی کی وجہ سے مریضوں پر اس سے کم دباؤ پڑتا ہے جتنا باہر کی دنیا ان پر ڈالتی ہے۔ غالباً اس کی وجہ سے مریض کی وہ فطری قوت حرکت میں آجاتی ہے جو اسے مائل بہ صحت بناتی ہے۔ سلی وان (Sullivan 1962) کے خیال میں ذہنی امراض کی شدت بڑی حد تک اپنی حیثیت کے عدم تحفظ کے احساس سے پیدا ہوتی ہے دماغی اسپتال کے تحویلی وارڈ میں چونکہ ایک ایسا سماج قائم ہو جاتا ہے جس میں کسی قسم کی ترقی کرنے اور اوپر اٹھنے کی گنجائش نہیں ہوتی ہے اس لیے حیثیت کے عدم تحفظ کا احساس ماند پڑ جاتا ہے۔ غالباً ہسپتال کا ناخوشگوار ماحول بھی جلد صحت یاب ہونے اور اسپتال چھوڑ کر گھر واپس جانے کی ترغیب کو ہوا دیتا ہے۔

تاہم دوسری جنگ عظیم کے بعد دماغی اسپتالوں کے اولین مقصد میں تبدیلی رونما ہونے لگی ہے۔ اب یہ محض تحویل میں لینے کی بجائے منصوبہ بند علاج کا انتظام بھی کرنے لگے ہیں۔ ان جدید دماغی ہسپتالوں کے لیے جو ماحولی علاج کو اپناتے ہیں۔ علاجیاتی کمیونٹی کی اصطلاح استعمال کی جاتی ہے۔ اس طریق علاج کے مقاصد میں مریض کو ایک مخصوص سماجی جماعت سے ہم آہنگ ہونے میں مدد دینا اور اس کے سماجی رویوں اور کرداروں میں تبدیلی

لانا شامل ہیں۔ مریضوں کو مختلف تفریحی اور علاجی جماعتوں و پیشوں میں شامل ہونے کی تحریک دی جاتی ہے۔ کچھ ہسپتالوں میں مریض کو روزمرہ کے پروگرام طے کرنے کی ذمہ داری بھی سونپی جاتی ہے۔ اس سلسلے میں آپسی مباحثے کے ذریعے فیصلے کیے جاتے ہیں۔

اس قسم کے پروگرام کو روشناس کرانے سے پورے اسپتال کی فضا تبدیل ہو جاتی ہے۔ مریضوں سے یہ امید نہیں کی جاتی کہ وہ عملے کے تمام احکامات کو بے چوں چرا بجا لائیں گے۔ انھیں سوال کرنے اور ان کی وضاحت حاصل کرنے کا حق حاصل ہوتا ہے۔ خود مختارانہ نظام کی بجائے جمہوری نظام پر عمل پیرا ہونے سے عملے میں کچھ تشویش پیدا ہوتی ہے۔ اس کے لیے عملے کی تربیت ضروری ہے تاکہ اس کے افراد نئے اصولوں اور رابطوں کو تسلیم کر سکیں۔

اچھے جدید اسپتال کے وارڈ نفیس قسم کے ساز و سامان سے لیس ہوتے ہیں جب کہ پرانے ہسپتالوں کے وارڈ فوجی بیرک کی طرح ہوا کرتے تھے۔ آج کل جنھیں ہم کھلے ہوئے ہسپتال کہتے ہیں ان میں بہت کم دروازے بند کیے جاتے ہیں اور زیادہ تر مریض آزادی کے ساتھ نقل و حرکت کر سکتے ہیں۔ پچھلے چند سالوں میں دماغی مریضوں کے لیے جو ہسپتال بنے ہیں ان کو شہروں سے دور رکھنے کی بجائے عمومی ہسپتالوں کے ساتھ ہی منسلک کر دیا گیا ہے۔ سماجی اراکین اکثر جدید ہسپتالوں میں مدعو کیے جاتے ہیں تاکہ وہ تفریحی پروگرام مرتب کرنے اور صحت مند ہو کر ہسپتال سے نکلنے والے مریضوں کے لیے روزگار فراہم کرنے میں مدد دے سکیں شہر کے لوگوں سے رابطہ قائم کرنے کا ایک نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عوام میں دماغی ہسپتالوں کے تئیں مثبت رویے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کی وجہ سے خود اپنی مرضی سے علاج کے لیے آنے والے لوگوں کی تعداد میں اضافہ ہوتا ہے اور جبراً لائے جانے والے مریضوں کی تعداد میں کمی آتی ہے۔

علاجیاتی کمیونٹی (جیسا کہ جدید دماغی اسپتالوں کو کہا جاتا ہے) کا ایک پہلو یہ بھی ہے کہ علاج کے بعد ہسپتال سے نکلنے والے مریضوں کی باضابطہ نگہداشت کا پروگرام مرتب کیا جاتا ہے۔ اس کے لیے کچھ ایسے وارڈ بنائے گئے ہیں جو عمومی اسپتالوں سے منسلک ہیں۔ ان کو "درمیانی اقامت گاہوں" کا نام دیا جاتا ہے۔ یہاں مریض اس وقت تک رہتے ہیں جب تک وہ اپنے معاشرے یا کسی ادارے میں جگہ نہ بنا لیں۔

ہم نے پہلے بتایا تھا کہ طمانیت بخش دواؤں کے استعمال سے اچھے ہونے والے مریضوں کی تعداد میں اضافہ ہوا ہے لیکن بہت سے ماہرین کی رائے ہے کہ ہسپتالوں کے

استعمال سے اچھے ہونے والے مریضوں کی تعداد میں اضافہ ہوا ہے لیکن بہت سے ماہرین کی رائے ہے کہ ہسپتالوں کے تبدیل شدہ ماحول نے بھی اتنا ہی اچھا اثر ڈالا ہے۔ یہ دونوں عوامل دراصل ایک دوسرے سے مربوط ہیں اس لیے کہ مسکن ادویہ کے استعمال نے مریضوں کے لیے ان ہسپتالوں کے پروگراموں سے تعاون کرنا آسان دیا ہے۔ ان ادویہ کی دریافت سے پہلے کھلے ہوئے اسپتالوں اور ماحولی علاج کے اصولوں کو بڑے پیمانے پر عمل میں لانا بہت مشکل ہو جاتا۔ ریاستہائے متحدہ کی ایک ریاست کے تجربوں سے اس بات کی شہادت ملتی ہے۔ ۱۹۶۰ء سے ۱۹۶۲ء کے درمیان دماغی اسپتالوں میں مریضوں کی تعداد میں ۱۱ فی صد کمی آئی۔ کھلے اسپتالوں کے وارڈوں میں ۵۲ سے ۷۵ فی صد اضافہ ہوا۔ اضافہ کا رانہ داخلہ ۲۵ فی صد سے بڑھ کر ۹۸ فی صد ہو گیا اور بہت سے نئے کمیونٹی کلینک قائم کیے گئے۔ ان تبدیلیوں میں سے ہر تبدیلی دماغی صحت کے لیے زبردست افادیت کا حامل ہے۔

فرہنگ اصطلاحات

Abnormal	ابنارمل
Active	فعال
Activity, Hyper	بیش فعالیت
Adaptation	مطابقت
Adaptability	مطابقت پذیری
Adatation negative	منفی مطابقت
Adjustment	سازگاری تطابق
Acquired	اکتسابی
Adolescence	عنفوان شباب
Adolescent	نو بالغ
Affect	تاثراتی
Affect displacement	انتقال تاثر
Aggresion	جارحیت ، جارحانہ کردار
Alcohol	الکحل
Alcoholic	الکحلی
Amnesia	نسیان
Analogy	قیاس
Anal, stage	مقعدی دور
Analysis	تجزیہ

Analyst	تجزیہ کار
Anorexia	عدم اشتہا
Anorexia, nervosa	اعصابی عدم اشتہا
Anti depression	دافع اضمحلال
Anti anxiety	دافع تشویش
Anxiety	تشویش
Anxiety neurosis	تشویشی اختلال
Anxiety castration	آختگی کی تشویش
Apathy	بے حسی
Aptitude	خصوصی صلاحیت
Articulation	ادائیگیٔ الفاظ
Assessment	جائزہ
Association,	ایتلاف، تلازم
Association free	آزاد ایتلاف
Association, law of	اصول ایتلاف
Associative	ایتلافی
Astasia-abasia	معذوری نقل وقیام
Ataraxic drugs	طمانیتی دوائیں
Attitude	رویہ
Auto erotism	خودلذیت
Autonomic	خودکار، خوداختیار
Auto suggestion	خودایمائی
Aviodance	احتراز
Aviodance conditioning	احترازی ساختہ لزوم
Behaviour	کردار

Behaviour, adaptive	مطابقت پذیر کردار
Behaviour, deviant	منحرف کردار
Brain pathology	مرضیاتِ دماغ
Cardiac muscle	عضلۂ قلب
Case history	مطالعۂ فرد، حالاتِ فرد
Catatonia	کتاتونیا
Catatonic	کتاتونی
Catharsis	تنقیہ
Causation	تعلیل
Cause and effect Thery	نظریۂ علل و معلول
Cerebellum	دماغ
Cereberal Cortex	قشرِ دماغ
Cerebero vascular	دماغی شریانی
Classification	درجہ بندی، اصناف بندی
Client centred psycho Therapy	مریض مرکوز علاجِ نفسی
Clint centred counselling	مریض مرکوز صلاح کاری
Closed society	بند سماج
Closure, law of	قانونِ تکمیل، اصولِ سالم بینی
Cognition	وقوف
Cognitive	وقوفی
Coma	سکتہ
Coma, insulin Therapy	انسولین سکتہ علاج
Combat neurosis	جنگی عصبی اختلال
Combat fatigue	مریضانہ جنگی تھکن
Communication	ترسیل

Complex	گتھی، گرہ (نفسیاتی)
Compulsion	جبر
Compulsive neurosis	جبری اختلال
Compulsive	اجباری، جبری
Concept	تصور
Concept formation	تصور کی تشکیل
Conditioning	ساختہ التزام
Conditioning, classical	کلاسیکی ساختہ التزام
Conditioning instrumental	وسیلی ساختہ التزام
Conflict	کشاکش
Conflict, approach-approach	رغبت کشاکش
Conflict avoidance - approach	رغبت احتراز کشاکش
Conflict, avoidance - avoidance	احتراز کشاکش
Conformity	تقلید، مطابقت
Consciousness	شعور
Contiguity	اتصال
Contiguity sptial	اتصالِ مکانی
Control	کنٹرول
Control group	کنٹرول گروپ
Conversion	تحویل
Conversion reaction	تحویلی ردعمل
Conversion hysteria	تحویلی ہسٹریا
Convulsion	تشنج
Correlation	شماریاتی ربط
Correlation, ratio of	نسبتِ ربط

English	Urdu
Counselling	صلاح کاری
Counsellor	صلاح کار
Cromosome	کروموسوم
Cross cultural	بین تہذیبی
Curve.	منحنی
Curve, normal probablity	نارمل احتمال منحنی
Defence mechanisms	حفاظتی حیلے، حفاظتی تدابیر
Delinquency	بدراہی
Delinquent child	بدراہ بچہ
Delusion	وسوسہ، فریب
Depression	اضمحلال، افسردگی
Development	نشوونما
Development, arrested	موقوف نشوونما
Deviant	منحرف
Deviation	انحراف
Deviant behaviour	منحرف کردار
Deviation, sexual	جنسی انحراف
Disorder	اختلال، فساد (نفسی یا جسمانی)
Dissociation	افتراق
Dissociative reaction	افتراق ردعمل
Dogma	اذعان، اذعانی عقیدہ
Drive	محرک
Dyssocial	بدخلق
Dyssocial reaction	بدخلقی ردعمل
Dynamics	حرکیات

Effect	اثر، معلول
Effect, law of	قانون اثر
Ego	انا
Emotion	جذبہ
Eroticism	لذتیت، شہوت
Eroticism, anal	مبرزی یا مقعدی شہوت
Eroticism, auto	خود لذتیت
Euphoria	مریضانہ یا عصباتی بشاشت
Evaluation	اندازۂ قدر، پیمائش قدر
Exhibitionism	جنسی نمائش پسندی
Experiment	اختبار، تجربہ
Experimental	اختباری
Face validity	ظاہری صحت
Factor	عامل
Fallacy	مغالطہ
Fetish	مرجع لذت جنسی
Fetishism	اشیا پرستی
Fixation	ترکیز، انجماد
Foli deux	دُہرا جنون، جنون مشترک
Frequency	تکرر
Fugue	دور خود فراموشی
Function	تفاعل، وظیفہ
Functional	تفاعلی
Functional Psychosis	تفاعلی جنون
Frustration	احساس نامرادی

Generalisation	تعمیم
General	عمومی
Gene	جین
Gene, recessive	خفتہ جین
Gene dominant	حاوی جین
Geneology	علم جین، علم الجین
Gene multiple	متعدد جین
Group	گروپ، مجموعہ، جماعت
Group Psychotherapy	گروپ، اجتماعی علاج نفسی
Hallucination	فریب ادراک
Hedonism	لذتیت
Hetro genous	غیر یکساں، مختلف النوع
Homeostasis	باز توازن
Homegenous	متحد النوع، یکساں
Hyperactive	بیش فعال
Hypochondria	مراق علامت
Hypnosis	حالت تنویم
Hysteria	ہسٹیریا
Id	اڈ
Identification	تمثل
Illusion	التباس
Image	تمثال
Implication	دلالت
Impulse, nerve	اعصابی تحریک
Individual difference	انفرادی فرق

Infantile	طفلانہ ۔ طفولیتی
Infantile sexuality	طفولیتی جنسیت
Instinct	جبلیت
Insulin shock therapy	انسولین صدمہ علاج
Intelligence quotient	قدرِ ذہانت
Intelligence scale	پیمانۂ ذہانت
Intelligence test	ذہانت کی جانچ / پیمائش
Interaction	تعامل
Interaction, social	سماجی تعامل
Interview	انٹرویو
Interview, diagnostic	تشخیصی انٹرویو
Interview counselling	صلاح کاری انٹرویو
Interview, group	گروپ / اجتماعی انٹرویو
Interview therapeutic	علاجی انٹرویو
Interview directed	متعین انٹرویو
Interview unstructured	غیر ساختہ انٹرویو
Inventory, personality	فردِ شخصیت
Inventory, diagnotic	تشخیصی فرد
Involutional psychotic reaction	رجعتی جنونی ردِ عمل
Involutional melancholia	رجعتی مالیخولیا
Juvenile delinquency	نوعمروں کی بدراہی
Latency period	عرصۂ خوابیدگی (جنس)
Latent learning	آموزشِ خفی
Law of frequency	قانونِ تکریر
Law of recency	قانونِ قربِ زمانی

Law of primacy	قانونِ تقدیم
Law of readiness	قانونِ آمادگی
Learning	آموزش
Learning, abstract	تجریدی آموزش
Learning by trial and error	آموزش باسعی وخطا
Learning, instrumental	آموزش بہ عملِ تدریجی
Learning, spaced	آموزش باوقفہ
Learning, whole	آموزش بطریقِ کُل
Learning, plateau	آموزش میں سطحِ توقف
Libido	لبیڈو
Lobe	لختہ
Lobe, Frontal	پیش دماغ لختہ
Lobe, occipital	پشت دماغ لختہ
Lobe, temporal	طرف دماغ لختہ
Lobotomy	دماغی عملِ جراحی / عمل جراحی لختہ دماغ
Mania, persecution	تعذیر مانیا
Maladjustment	نقصِ مطابقت / ناقص مطابقت
Mania	مانیا / خبط
Manic depressive reaction	جوش و اضمحلال ردعمل
Manic depressive psychosis	جنون جوش و اضمحلال
Manic stupor	مانیائی غشی
Masochism	مسوکیت، اذیت جوئی
Maze	بھول بھلیاں
Mean	اوسط
Mean deviation	اوسط انحراف

Median	وسطانیہ، درمیانہ
Memory	حافظہ
Mental disorder	فسادِ ذہنی، ذہنی اختلال
Mental retardation	ابطائے ذہنی
Mesomorph	قوسی اندام
Mesomorphy	قوسی اندامی
Metabolism	استحالہ
Metabolism, rate of	شرحِ استحالہ
Moron	مورون، ناقص العقل
Motivation	تحریک
Motive	محرک
Narcissm	نرگسیت
Narcotic	مخدر (سُن کر دینے والا)
Need, basic	بنیادی احتیاج
Need, organic	جسمانی احتیاج
Nerve	عصب، نس
Nerve fibre	عصبی ریشہ
Neuron	عصبانیہ
Nerve impulse	عصبی تحریک
Nervous system central	مرکزی نظامِ عصبی
Nervous system, peripheral	حاشیائی نظامِ عصبی
Nervous system sympathetic	مشارکتی نظامِ عصبی
Nervous system para sympathetic	پیرامشارکتی نظامِ عصبی
Neurosis	عصبی اختلال
Neurotic	عصباتی مریض

Nihilism	انکاریت (فلسفہ)
Norm	معیار، عیار
Normal	نارمل، طبعی
Normal probablity	نارمل احتمالی
Objective	معروضی
Objectivity	معروضیت
Obsession	وہم مسلط
Obsession compulsive reaction	مسلط اجباری ردعمل
ovum	بیضۂ انثیٰ
Oedipus cople	آبائی الجھاؤ / اوڈی پس گتھی
paranoia	پیرانو نیا
Paranoid	مریض پیرانو نیا
Paranoid schizophrenia	پیرانو نیا انتشارِ نفس
Percentile	فی صد (درجہ)
Perception	ادراک
Perceptual Thinicing	ادراکی فکر
Personality type	شخصیتی ٹائپ
Personality, schizoid	جنونی شخصیت
Personality split	منقسم شخصیت
Personality multiple	تعددی شخصیت
Perversion	کجروی
Phallus	ذکر
Phallic stage / phase	ذکری دور
Phobia	مرضیاتی خوف
Predisposition	فطری میلان، میلانِ طبع

Probablity	احتمال
Probation	میعادی آزمائش
Problematic	مسئلہ
Profile	نقشۂ قابلیت یا شخصیت
Projection	اظلال
Projective test	اظلالی آزمائش
Projective techniques	اظلالی تکنیکیں
Psychiatry	علاج نفسی
Psychiatrist	ماہر علاج نفسی
Psychoanalysis	تحلیل نفسی
Psycho drama	سائیکو ڈراما / نفسی ڈراما
Psycho dynamics	نفسی حرکیات
Psycho graph	نقشۂ صفاتِ نفسی
Psychopath	نفسی مریض، مجنون
Psychopathology	مرضیاتِ نفسی
Psychosis	جنون
Psychosomatic	نفسی جسدی
Psychosomatic disorder	نفسی جسدی امراض
Puberty	آغاز بلوغ
Psychotherapy	نفسیاتی علاج
Pyromania	آتش زنی مانیا / ضبطِ آتش زنی
Reaction formation	ردعمل کی تشکیل
Reaction selective	انتخابی ردعمل
Recall	بازیافت (حافظہ)
Reliability	تقویت

Reliability	معتبری
Response	جوابی عمل
Response, conditioned	ساختہ جوابی عمل
Response, unconditioned	غیر ساختہ جوابی عمل
Retention	مسک، وقت ماسکہ
Sadism	سادیت، ایذا رسانی
Sample	نمونہ
Sample, random	بے سلسلہ نمونہ
Sampling	نمونہ بندی
Scale	پیمانہ، پیمائش
Scale value	اقداری پیمانہ
Schiziod	شیزائڈ، انتشاری
Schizophenenia	شیزوفرینیا، انتشار نفس
Score	اسکور
Sedative	مسکن
Sensation	حس
Sensorymotor	حسی حرکی
Shock Therapy	علاج بالصدمہ
Social facilitation	سماجی تسہیل
Sociability	سماجیت
Socialization	سماجی طور طریقے اختیار کرنا
Sociometry	سماجیت پیمائی
Sociopath	(مریضانہ) سماجی بے راہ روی کا شکار شخص
Sociopathy	سماجی بے راہ روی
Sperm	کرم منی

English	Urdu
Standardization	معیار بندی
Standardized	معیار بند
Statistics	شماریات
Stimulus	ہیجّ
Stimulus adequate	موزوں ہیجّ
Stimulus conditioned	ساختہ ہیجّ
Sub conscious	تحت الشعور
Sub normal	سب نارمل
Suggestion	ایما
Suggestibility, suggestible	ایماپذیری ، ایماپذیر
Super ego, Syndrome	فوق الانا ، مجموعہ علامات
Test, test emotional stability	آزمائش ، جذباتی استحکام آزمائش
~~Test, verbal~~	الفاظی آزمائش
Test, performance	عملی / کارکردگی آزمائش
Thinking, autistic	خود فرستانہ فکر ، خود فکری
Twins, identical	یک بیضی جڑواں بچے
Twins, fraternal	دو بیضی جڑواں بچے
Trauma	تروما
validity	صحت / آزمائش ، جانچ
validity, face	ظاہری صحت
Value	قدر
Variability	تغیر پذیری
Variable	متغیر
Vocational guidance	پیشہ سے متعلق صلاح کاری
Zygote	بار آور بیضہ